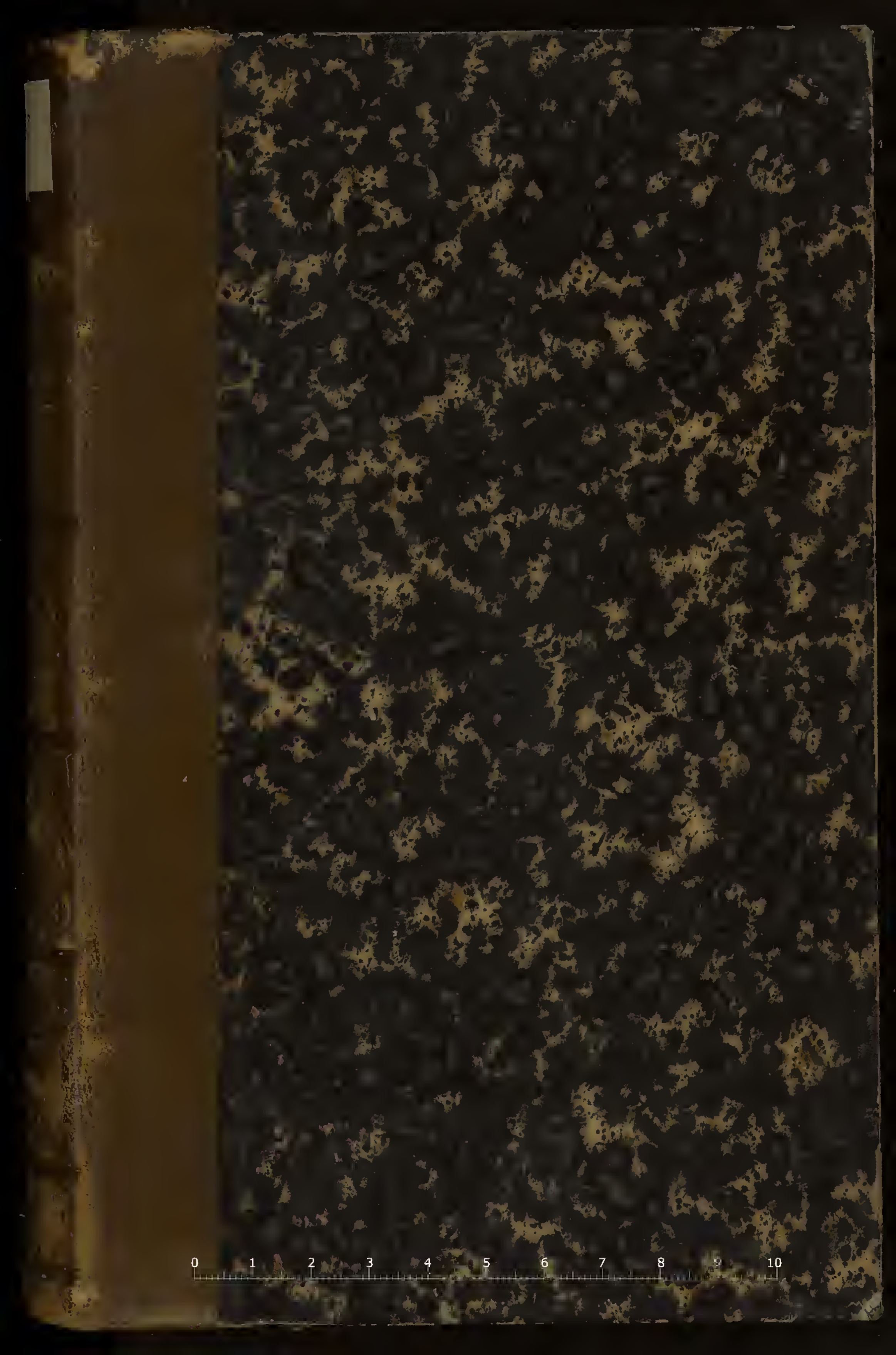






DE L'EXAMEN MÉDICAL

DANS LES ASSURANCES SUR LA VIE

TRAITÉ COMPLET

DE

L'EXAMEN MÉDICAL

DANS LES

ASSURANCES

SUR LA VIE



PARIS
L. WARNIER, LIBRAIRE-ÉDITEUR
48, RUE LAFFITTE, 48
ET 25, RUE DE LA VICTOIRE, 25

1887

AVERTISSEMENT DE L'ÉDITEUR

Si nombreux que soient les ouvrages de médecine, il n'y en a pas, — croyons-nous, — ni en France ni à l'étranger, de semblable à celui que nous offrons aujourd'hui au public.

Aucun auteur encore n'a étudié les diverses constitutions de l'homme et ses dispositions morbides, natives ou acquises, au point de vue exclusif de ses probabilités de vie. Et, cependant, de nos jours, avec le développement général de l'assurance sur la vie, il se pratique peut-être par année, dans le monde entier, plus de 300,000 examens médicaux, n'ayant d'autre but que d'évaluer la durée de vie réservée, sauf accidents, aux personnes qui en sont l'objet.

Le d^r Taylor de Londres et son traducteur français, le d^r Tardieu; plus récemment, le d^r Legrand du Saulle ont essayé d'aborder ce sujet ; mais ils n'ont

pas dépassé les étroites limites de la médecine légale.

Nous pensons donc rendre un véritable service aux assureurs et aux médecins d'assurances, en publiant un traité théorique et pratique, scientifique et administratif, de l'examen médical dans les assurances sur la vie.

Ce traité a été rédigé par un praticien renommé, qui, depuis longtemps, est le médecin d'une de nos grandes Compagnies d'assurances. Primitivement, il n'était destiné qu'au personnel de cette Compagnie. Il est accompagné et suivi de conseils administratifs et de notes de statistique d'un assureur expérimenté.

Nous avons eu la bonne fortune d'obtenir l'autorisation de l'éditer, à condition, toutefois, de ne pas faire connaître le nom de l'auteur principal, ni celui de son collaborateur.

L'œuvre y perdra sans doute beaucoup en autorité, mais, par contre, elle y gagnera ce caractère particulier de sincérité et d'indépendance qui s'attache toujours aux publications impersonnelles et étrangères à toute idée de spéculation.

Indiquons en quelques mots les principales divisions de l'ouvrage.

1° *L'introduction, où se trouvent exposés le rôle du médecin dans les assurances et les côtés administratifs de son mandat.*

2° *Une étude neuve et d'une grande utilité d'application sur les antécédents héréditaires.*

3° *L'énumération complète de toutes les causes morbides de nature à modifier sensiblement l'état de santé d'un homme sain.*

4° *La revue des maladies graves qui se peuvent rencontrer dans le passé pathologique d'un proposant.*

5° *L'examen de l'état de ce proposant au moment même où il se présente à l'assurance.*

6° *Enfin, — réunis sous forme d'appendice, — divers types de rapports médicaux étrangers, des notes sur la durée de la vie humaine, des tables de mortalité et leur interprétation en graphiques.*

Chacune des questions de pronostic, soulevées par les quatre manières d'envisager les risques offerts aux Compagnies (divisions 1, 2, 3 et 4), *est résolue, sous forme de conclusions, en des règles claires et concises, qui seront précieuses pour les assureurs.*

Afin de les trouver sans perte de temps, le lecteur n'aura qu'à se reporter aux deux tables détaillées, l'une analytique, placée à la tête de ce volume, et l'autre alphabétique qui le termine.

Paris, Juillet 1887.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction

Première Partie

De l'Étiologie dans ses rapports avec les assurances sur la vie

Deuxième Partie

Du passé pathologique des proposants dans ses rapports avec les assurances sur la vie 151-381

CHAPITRE PREMIER

Troisième Partie

Examen clinique des proposants

0.

Maladies parasitaires

Appendice

INTRODUCTION

DU RÔLE DES MÉDECINS DANS LES ASSURANCES SUR LA VIE

L'intervention du médecin paraît toute naturelle dans une opération financière qui a pour base la durée probable de la vie d'un homme, à partir d'un jour donné ; cependant, pour apprécier à sa juste valeur l'importance de cette intervention dans les assurances sur la vie, il faut connaître à fond le fonctionnement de l'institution. Il faut savoir que les tarifs en vigueur, établis sur des tables de mortalité générale, représentent, à peu de chose près, le prix du risque, et que les bénéfices industriels des Compagnies résultent seulement de la différence qui existe entre la

mortalité générale et la mortalité de leurs assurés, c'est-à-dire du choix plus ou moins perspicace de ces derniers.

Pour cette sélection, si nécessaire et si délicate, personne ne pouvait suppléer l'homme de l'art. Sans lui, l'assurance sur la vie, au lieu d'être une institution respectée et solide entre toutes, serait devenue une entreprise de spéculation et de hasard, abandonnée aux caprices des administrateurs, soumise aux manœuvres de la clientèle, dépendante des lieux et des époques, procédant sans règle, sans contrôle.

L'examen médical n'est pas seulement une œuvre de science, c'est avant tout une œuvre de conscience et de tact. Pour la bien pratiquer, il faut une complète indépendance de caractère, une intégrité absolue, un profond sentiment du devoir professionnel.

Il est à remarquer que le contrat d'assurance sur la vie est peut-être la seule convention importante dans laquelle une des parties, pour donner ou refuser son adhésion, s'en rapporte aveuglément aux lumières et à la conscience d'un tiers, et d'un tiers aussi désintéressé qu'irresponsable.

Lorsqu'il s'agit d'acquérir, l'acheteur,

d'ordinaire, juge par lui-même de la valeur de l'objet du marché ; que ce soit des marchandises, des terrains, des immeubles ou des titres. Il arrive quelquefois qu'il prend conseil de personnes spécialement compétentes : d'un architecte, d'un expert, d'un agent de change ; mais, en définitive, il ne se décide que sur des avis dont il peut apprécier la justesse, parce qu'ils sont fondés sur des choses perceptibles pour tous, que tous ne découvriraient pas sans aide, mais que tous peuvent distinguer à la première indication : ainsi des vices de construction d'un immeuble, des imperfections de fabrication d'un tissu, etc...

Le capitaliste ne se fie qu'à lui-même pour estimer les chances de remboursement d'un prêt d'argent ou d'une commandite.

Il est vrai que le notaire exerce souvent un rôle décisif dans les prêts hypothécaires, mais alors il devient responsable.

Pour l'assurance contre l'incendie, d'une maison ou d'un mobilier, la Compagnie fait vérifier le risque par ses propres employés.

L'assurance maritime, à première vue, semble se rapprocher des confiantes traditions de l'assurance sur la vie, en laissant à

des tiers le soin de fixer la qualité de ses risques; mais, en y réfléchissant, on trouve une grande différence entre les services du bureau Veritas ou autres offices spéciaux et le concours du corps médical. Les bureaux de renseignements maritimes ne vivent que par les assurances, leur avenir dépend de l'exactitude de leurs fiches. On ne peut pas dire qu'ils soient désintéressés dans l'opération pour laquelle ils sont consultés. Du reste, les indications délivrées par ces bureaux ne dépendent pas de la volonté d'un seul homme. Elles sont recueillies administrativement par plusieurs employés et subissent ainsi un continuel contrôle.

Il en est bien autrement du rapport médical. Il échappe à toute vérification : erroné, il ne comporte aucun recours contre son auteur; exact, il ne lui procure aucun avantage.

Quel intérêt le médecin peut-il avoir à éclairer complètement une Compagnie sur l'état physiologique d'une personne soumise à son examen, à lui signaler des altérations imperceptibles pour tout autre que lui, à la mettre en garde contre des dispositions héréditaires encore latentes? Il ne fera

peut-être pas deux examens pour la même Compagnie. Il n'a rien à attendre d'elle pour son avenir ; il n'a pas de rapports ordinaires avec elle ; il ne gagnera pas plus à dire toute la vérité qu'à en déguiser une partie. Au contraire, il arrive dans beaucoup de cas que l'intérêt du médecin serait opposé à celui de la Compagnie, car le rejet d'une proposition peut aliéner un client, froisser toute une famille.

Nous chercherions vainement dans toutes les transactions humaines, nous n'en trouverions pas une qui donne lieu à un acte de confiance aussi marqué que celui de l'assureur consultant un médecin sur l'acceptation d'une assurance sur la vie.

Sauf de très rares exceptions, cette confiance n'a pas été trompée.

Aussi, nous ne saurions trop rendre hommage au caractère du corps médical, à sa dignité, à son intégrité, à sa discrétion. Et nous ne parlons pas seulement des médecins de France. Leurs confrères de Suisse, d'Italie, d'Espagne, de Portugal, de Belgique, de Hollande, d'Autriche, méritent la même estime et les mêmes éloges.

Le corps médical français et étranger

justifie bien les paroles du docteur Legrand du Saulle : « Si pressants que soient ses « besoins, le médecin reste dévoué, probe et « fier : il connaît la convenance, honore la « robe, et sait, quand il le faut, dominer toutes les situations. » (1).

D'une manière générale, on peut dire que dans ces dernières années, alors que d'autres corporations perdaient de leur prestige et de leur autorité, celle des médecins a beaucoup gagné. Ses membres sont plus instruits que par le passé et plus soucieux de la dignité de leur profession.

C'est un bonheur providentiel pour l'assurance sur la vie d'avoir rencontré tant et de si rares qualités au sein d'une corporation nombreuse, qui se recrute dans toutes les classes, dans tous les rangs de la société.

Et c'est un honneur pour le corps médical d'avoir pris une si large part au développement de la plus puissante et de la plus féconde des institutions de prévoyance.

(1) Traité de médecine légale.

OBJET DE CETTE ÉTUDE

Nous venons d'attester la droiture du corps médical, de reconnaître son autorité scientifique et de signaler l'importance des services qu'il rend à l'Assurance sur la vie ; mais, nous en avons la ferme persuasion, l'examen médical serait encore d'une plus efficace protection pour l'assurance, si tous les médecins, si tous les agents se faisaient une juste idée de son utilité et des conditions dans lesquelles il faut y procéder.

La pratique nous prouve tous les jours qu'un assez grand nombre de médecins ne savent pas tout le prix que les Compagnies attachent à leurs constatations, et nous avons la certitude qu'ils sont maintenus dans leur ignorance à ce sujet par les propos imprudents de certains agents, qui paraissent considérer l'examen médical comme une

corvée inutile imposée à leurs clients, ou, du moins, comme une pure formalité administrative.

Nous avons eu pour but dans cette courte étude d'expliquer aux uns et aux autres, aussi clairement que possible, quel est le rôle du médecin dans l'assurance sur la vie, de justifier de l'utilité du questionnaire qui lui est soumis, de mettre en relief les conséquences de ses réponses ; et, enfin, d'indiquer quelles sont les relations administratives qui doivent exister entre lui et les agents ou les employés de la Compagnie.

Ce n'est pas que nous ayons la pensée d'enseigner quelque chose de leur art à nos docteurs. Nous n'aurons jamais une pareille prétention. Nous nous bornons à leur faire connaître les exigences de notre métier et à leur exposer les observations qui nous ont été dictées par une longue expérience.

DU RAPPORT MÉDICAL

Les imprimés que les Compagnies fournissent à leurs médecins pour la rédaction des rapports sont, à peu de chose près, tous semblables. Ils vont en s'améliorant de jour en jour. Chaque Compagnie, à son tour, s'ingénie à y introduire quelques modifications conformes aux données de l'expérience, — et les autres s'empressent de l'imiter.

Il est heureux qu'elles n'aient pas adopté d'abord un modèle unique pour toutes, car la force de la routine et l'inertie qui sont le propre des collectivités en eussent fait un type immuable, semblable à ces formules imprimées surannées que nous trouvons dans toutes les administrations de l'État.

De ce côté-là, il y a eu un grand progrès chez les Compagnies d'assurances. Nous avons sous les yeux un ancien rapport médi-

cal, un des premiers. Il est bien imparfait, bien incomplet auprès de ceux qui sont employés aujourd'hui.

Le formulaire du rapport médical renferme un double questionnaire, l'un destiné au proposant, l'autre à l'examinateur, et se termine par les conclusions de ce dernier.

Les questions destinées au proposant ont une grande importance. Elles ont pour but d'éclairer le médecin et la Compagnie sur les antécédents de famille et sur les antécédents personnels de l'assuré. Elles sont le préliminaire indispensable de l'examen du médecin, car les réponses qu'elles provoqueront indiqueront souvent au médecin dans quel sens doit se porter son attention, quels sont les points faibles et douteux du sujet. C'est une première exploration sur un terrain inconnu qu'il s'agit de sonder.

Autrefois, ces questions étaient adressées au client par l'agent, en dehors du médecin. C'était une mauvaise coutume ; le représentant de la Compagnie n'avait ni le savoir nécessaire pour les expliquer et pour les développer, ni le prestige pour inspirer une confidence volontaire, ni l'autorité pour amener un aveu. Et même, les réponses obte-

nues, l'agent était incapable de les bien résumer et de les présenter utilement au médecin de la Compagnie. Il délaissait souvent les détails les plus graves pour s'attacher aux moins significatifs. Il interprétait mal les réponses de ses interlocuteurs et les gratifiait de maladies dont ils n'avaient eu aucun symptôme. En un mot, il ne savait pas plus comprendre les réponses qu'il n'avait été apte à les provoquer.

Nous pouvons l'avouer, l'interrogatoire administratif de la personne qui demandait à s'assurer constituait une scène des plus comiques. Le dialogue s'établissait entre deux personnes absolument ignorantes du sujet de leur entretien, et l'on devine les erreurs grossières, les coq-à-l'âne, les explications embrouillées, les substitutions de mots techniques qui devaient s'en suivre.

Enfin, les convenances étaient aussi froissées que le bon sens, car certaines questions, surtout quand elles sont posées à des femmes, ne peuvent être formulées que par l'homme de l'art.

Aujourd'hui, l'agent se borne à demander à son client certains renseignements qui sont utiles pour rédiger les propositions de con-

trat, mais il ne franchit plus les attributions de l'homme d'affaires pour empiéter sur le rôle du médecin.

En outre de leur ridicule et de leur inutilité, les questions préalables de l'agent avaient encore un grave inconvénient, celui de mettre le candidat à l'assurance en garde contre celles du médecin de la Compagnie; elles appelaient son attention sur certaines difficultés de l'examen et elles le préparaient à chercher à s'y soustraire par un laconisme étudié ou par des réponses inexactes.

Pour avoir tout son effet, l'interrogatoire du médecin doit surprendre celui qui en est l'objet. Il faut que, pris à l'improviste, ce dernier n'ait pas à la bouche d'autre réponse que la vérité. Nous avons vu souvent des personnes refusées par des Compagnies à la suite de l'examen médical, en raison de leurs antécédents de famille ou de maladies antérieures, qui se présentaient à une autre Compagnie et triomphaient facilement d'un nouvel examen. Elles avaient compris le côté faible de leurs honnêtes déclarations et elles en avaient composé d'autres de nature à tromper la sagacité du médecin.

C'est en partie pour ce motif que les

Compagnies demandent à leur client de leur déclarer, sous peine de nullité, s'il a déjà subi un examen médical non suivi d'assurance. Si celui-ci a été refusé par une autre Compagnie, il se trouve dans l'alternative ou de dissimuler le fait, ce qui frappe de nullité son contrat, ou d'indiquer à quelle Compagnie il s'est présenté, et alors il est facile de se reporter à ses premières déclarations et de les rapprocher des nouvelles.

Vient ensuite la série de questions adressées au médecin.

Elles n'ont pas été rédigées par des profanes comme on pourrait le croire, par les directeurs d'assurances ou par leurs chefs de service. Elles sont dues aux médecins des Compagnies à Paris. Ces docteurs visitent un grand nombre de personnes par année, ils lisent tous les rapports de province un peu douteux, et ils ont ainsi une grande connaissance des supercheries du public, des embarras de leurs confrères et des incertitudes des directeurs en présence de certains cas. C'est pour cela que, peu à peu, ils ont multiplié le nombre des questions.

Quelques médecins, appelés pour la première fois à examiner des assurés, se montrent

surpris, contrariés, parfois même froissés de la longueur des rapports qui leur sont demandés ; mais la pratique ne tarde pas à les faire revenir sur cette première impression, et ils reconnaissent alors qu'ils n'ont qu'à se louer de la prévoyance des Compagnies.

En premier lieu, le questionnaire facilite la tâche du praticien qui, presque toujours, très affairé, très préoccupé de ses malades, pourrait bien naturellement oublier un des points essentiels de son examen. Sans formulaire sous les yeux, il aurait à préparer lui-même ses questions ; il ne lui reste plus, au contraire, qu'à inscrire ses réponses.

Le questionnaire détaillé a de plus l'avantage de fournir à l'examinateur le moyen de renseigner exactement la Compagnie par des constatations significatives, sans que les intéressés puissent l'accuser d'en avoir pris l'initiative.

Nous disons cela pour quelques médecins pusillanimes qui, ne connaissant pas les habitudes de discrétion des Compagnies, craignent que le contenu de leurs rapports ne soit un jour connu des personnes qui en sont l'objet. Mais, de ce côté-là, les Compagnies sont à l'abri de toute critique, de tout soup-

çon, elles sont exemplaires de prudence et de respect pour le secret professionnel.

Jamais le contenu d'un rapport médical n'est communiqué ni à l'intéressé ni à l'agent qui a traité l'affaire. Les Compagnies ne motivent pas leurs refus. Elles se bornent à dire que l'assurance proposée n'a pas été admise par le Conseil, et elles s'ingénient toujours pour laisser croire que la décision a été inspirée par des motifs d'ordre administratif étrangers à l'état de santé du proposant : questions d'âge, de profession, de tarif, de chiffres d'affaires en cours dans la localité, etc...

Les scrupules des Compagnies françaises au sujet du secret professionnel, sont poussés à ce point qu'elles n'ont pas voulu accepter un excellent moyen préventif contre la mauvaise foi des assurés, en usage dans d'autres pays : la communication à toutes les Compagnies, qui font partie du même syndicat, des propositions refusées par chacune d'entre elles. Les Compagnies françaises estiment avec raison qu'elles n'ont pas le droit, même dans un intérêt commun, de divulguer la suite défavorable qui a été donnée à des pourparlers intimes entamés entre elles et des per-

sonnes désireuses de s'assurer. Elles se trouvent liées par les conditions tacites dans lesquelles les ouvertures leur ont été faites ; moralement, elles se croient obligées de garder un silence qu'elles n'ont pas promis, mais sur lequel il est naturel de compter.

Elles ne se considèrent comme dégagées que lorsque la personne refusée se présente de nouveau à une autre Compagnie. Dans ce cas, si cette personne est de bonne foi, elle indique le nom de la Compagnie qui a refusé la première proposition, ce qui équivaut à une autorisation de communiquer les pièces du dossier. Au contraire, si le proposant essaie de tromper la seconde Compagnie en ne lui avouant pas ce qui s'est passé avec la première, il est évident que celle-ci doit faire connaître la vérité pour déjouer de coupables manœuvres.

Pour assurer le secret de la transmission des rapports médicaux au siége social, les Compagnies fournissent des enveloppes à leurs docteurs, et ceux-ci n'ont qu'à fermer leurs rapports avant de les remettre entre les mains de l'agent. Ils peuvent même les adresser directement par la poste.

Un autre avantage de la division actuelle

du rapport médical, c'est qu'elle fournit de précieux éléments pour les travaux de statistique des Compagnies.

C'est grâce au groupement bien entendu des documents divers renfermés dans les rapports, c'est en les rapprochant des causes des décès que les Compagnies d'assurances arriveront un jour à découvrir des lois physiologiques qui guideront leur fonctionnement ultérieur : les probabilités d'existence de telle ou telle catégorie d'individus, la durée moyenne de l'évolution des affections organiques, la récidivité de certaines maladies, les conséquences inéluctables des influences héréditaires.

Ces données ne seront peut-être pas rigoureusement scientifiques, mais elles n'en seront pas moins pratiques et suffiront pour signaler aux assureurs les risques qu'ils doivent éviter malgré leurs apparences favorables, et d'autres qu'ils peuvent accepter quoiqu'ils paraissent médiocres à première vue.

C'est déjà l'observation des faits, rapprochée de l'étude des rapports médicaux, qui a conduit plusieurs Compagnies à repousser les assurances des boulangers. Elles ont constaté qu'un grand nombre de ces ouvriers mouraient

d'une affection de poitrine, alors que rien dans leurs antécédents ni dans leur passé ou leur constitution n'était de nature à faire redouter cette maladie, et elles en ont conclu que c'était à la profession qu'elle était imputable.

Les Compagnies d'assurances se trouvent dans les meilleures conditions pour étudier certaines questions de statistique de la plus haute importance au point de vue médical et hygiénique.

A ce jour, rien qu'en France, elles ont opéré sur près d'un million de têtes et ont recueilli sur chacune de nombreuses et intéressantes notes, dont la précision est garantie par leur propre intérêt et par celui des assurés.

Les Compagnies font de leur mieux pour s'éclairer, afin de ne pas accepter de risques dangereux; les assurés, à quelques exceptions près, tiennent à rester véridiques, pour ne pas entacher la validité de leurs contrats.

On le voit, pour l'exactitude, il n'y a pas de comparaison à établir entre les documents de statistique des Compagnies d'assurances et ceux de même nature qui proviennent des recensements ou des registres d'hôpitaux.

Aucune autre administration ne pourrait réunir de pareils renseignements sur les antécédents héréditaires ou personnels d'un individu, sur son tempérament, sur son aspect et ses dispositions morbides, sur sa profession, ses habitudes, sa position de fortune et, enfin, sur les causes de sa mort.

Rien n'est instructif comme l'étude comparée de l'état de santé de l'assuré au moment de la signature du contrat et des symptômes caractéristiques de sa dernière maladie.

Ces données, du commencement et de la fin, de l'arrivée et du départ, se trouvent concentrées dans le livre des sinistres des Compagnies; c'est-à-dire dans le registre sur lequel elles inscrivent avec méthode les décès de leurs assurés, de façon à former un résumé scientifique de leurs opérations.

Les pages de ce registre sont divisées en plusieurs colonnes contenant le numéro du contrat, celui du sinistre, le nom de l'assuré, son âge aux moments de la signature et de l'échéance du contrat, la cause de la mort de ses parents ou leurs âges s'ils sont vivants, sa profession, ses maladies antérieures, la nature de son tempérament, le pronostic du

médecin de la Compagnie et, enfin, la cause de la mort.

Quelle série d'observations ! Serait-il possible à un médecin d'en réunir autant dans toute sa vie ?

Et comme elles sont concluantes ! Ici, il ne s'agit plus de théorie, de spéculation scientifique : nous sommes en pleine pratique. Aussi l'enseignement revêt une autorité toute particulière et ne laisse aucun doute sur les principes qu'il nous dévoile.

Les règles de l'hérédité et de la récidivité, la marche fatale de certaines affections et de certains tempéraments s'y accusent d'une façon précise.

Il n'est pas d'études plus instructives pour l'assureur et pour le médecin que l'examen du livre des sinistres. Malheureusement, bien souvent, ils y rencontreraient la preuve de leur négligence et de ses fatales conséquences pour la caisse de la Compagnie à laquelle ils appartiennent.

Un grand nombre de sinistres prématurés auraient pu être évités, si l'un et l'autre avaient tenu plus de compte de certaines révélations de l'assuré.

Le rapport détaillé présente encore un

autre avantage : il permet de contrôler une réponse par une autre et d'éviter ainsi les conséquences d'un moment d'oubli de la part du médecin, d'une erreur matérielle de sa plume.

Nous avons eu sous les yeux deux exemples bien différents de l'utilité, à ce point de vue, de la forme actuelle des rapports médicaux.

Un excellent médecin de province concluait à l'acceptation d'une proposition d'assurance, il classait le risque parmi les meilleurs. Heureusement que dans le corps de son rapport il avait noté avec soin l'état fâcheux des poumons et la tendance marquée à la phtisie.

Un autre praticien, non moins justement renommé dans son pays, après avoir répondu d'une façon des plus satisfaisantes à toutes les questions du rapport, avait fait précéder sa signature du mot *inadmissible*. C'était un médecin d'hôpital qui confondait les candidats à l'assurance avec des malheureux demandant un lit.

Du reste, les Compagnies anglaises, qui ont été nos devancières et qui, par conséquent, peuvent s'aider d'une plus longue pratique, se servent pour l'examen médical d'un

questionnaire bien plus compliqué et plus minutieux que le nôtre.

La plupart des autres Compagnies étrangères l'ont adopté en le développant, quelques-unes, en l'exagérant.

Au contraire, les Compagnies françaises l'ont réduit. Elles ont tenu compte de la vivacité et des susceptibilités de notre caractère, qui s'accommodent mal avec les lenteurs et les ennuis des formalités administratives. Mais, pour plaire au public, elles ne sauraient aller jusqu'à sacrifier ce qui est nécessaire à la sécurité de leurs opérations.

Ce qui manque encore dans notre pays, c'est la connaissance des choses de l'Assurance. Lorsque l'éducation de tous sera plus complète à ce sujet, on reconnaîtra sans peine la supériorité du fonctionnement de nos Compagnies, et l'on verra clairement qu'elles ont su concilier dans leurs imprimés de propositions et de rapports, les exigences de la plus stricte prudence avec le respect constant des convenances et des scrupules des intéressés.

L'association générale des médecins de France, elle-même, s'est prononcée en faveur du rapport détaillé, et cela à la suite d'un

discours de Me Guerrier, avocat-conseil de l'association, qui a démontré que ce rapport était aussi utile aux assurés qu'aux assureurs. *(Annuaire de l'association générale, 1874, p. 88).*

Nous ne saurions mieux finir ce chapitre qu'en nous appuyant sur l'autorité du chef du service médical de l'*Union*, le savant et honorable docteur Fabre, qui s'exprimait ainsi en 1877, dans une circulaire destinée à expliquer aux médecins de la Compagnie l'envoi d'un nouveau modèle de rapport médical :

« Lorsque nous avons dû déterminer la « forme du rapport, nous avons bien prévu « qu'un certain nombre de médecins préfé- « reraient n'avoir à donner qu'un avis géné- « ral. Mais nous croyons avoir démontré « qu'une formule abrégée ne pouvait être « considérée comme suffisante, en ce sens « qu'elle aurait prêté à ne voir dans le certi- « ficat que l'accomplissement d'une formalité « banale, qu'elle rendrait toute statistique et « tout contrôle impossibles, et qu'en outre, « les variations inévitables dans l'appréciation « sommaire d'un risque laisseraient la direc- « tion dans un vague et une incertitude « extrêmement préjudiciables. »

Pour confirmer ce que nous venons de dire, pour prouver que le rapport médical détaillé a été adopté dans tous les pays, nous avons jugé utile de reproduire à la fin de ce volume les rapports médicaux de la Nordstjernan, une des meilleures Compagnies suédoises, de l'Impérial Life, une grande Compagnie anglaise, de la Gotha, la première des Compagnies allemandes, de la Fondiaria d'Italie et de l'Equitative de New-York.

Nous n'y joignons pas les textes des Compagnies françaises. Nos lecteurs les connaissent déjà ou pourront se les procurer facilement.

UNIFORMITÉ DE L'EXAMEN

C'est un préjugé presque général parmi les assureurs que le caractère de l'intervention du médecin doit être subordonné au montant de l'assurance projetée ; c'est-à-dire que l'examen médical peut être moins sérieux, moins approfondi quand il est motivé par une proposition d'un chiffre minime que lorsqu'il doit décider de l'acceptation ou du refus d'un important contrat.

En conséquence, certaines Compagnies ont divisé les rapports médicaux en deux classes, et elles les rétribuent différemment. Elles paient seulement moitié des honoraires ordinaires quand l'assurance proposée reste au-dessous d'un minimum fixé. Triste économie, qui a dû coûter bien cher à ceux qui la pratiquent.

On ne peut demander à des docteurs d'en

savoir plus en assurance que les assureurs eux-mêmes.

Il n'est donc pas étonnant que la plupart partagent l'erreur commune et ne donnent pas la même attention, n'apportent pas la même conscience dans tous leurs rapports; qu'ils gardent toutes les sévérités pour les grosses assurances et se croient dégagés d'une partie de la responsabilité morale à l'égard des autres.

Cette tendance est des plus fâcheuses.

Il est d'autant plus nécessaire de la combattre qu'elle correspond à une disposition naturelle de notre esprit, qui nous porte à ne tenir compte des choses et surtout des chiffres qu'en raison des rapports qu'ils ont entre eux, et non pas d'après leurs valeurs réelles.

C'est ce qui fait que tous nous dissipons facilement par petites fractions une somme que nous hésiterions à sacrifier en une seule fois.

En y réfléchissant un peu, on aura bien vite acquis la conviction que c'est une puérilité de croire, en assurances, que cinq affaires passables de 1,000 francs valent autant pour la Compagnie qu'une seule bonne affaire de 5,000 francs.

Elles présentent, il est vrai, l'avantage de la division des risques, mais l'effet de cette division est neutralisé par l'abondance des petits contrats.

Ils sont de beaucoup plus nombreux que les gros, plus de cinq fois. En sorte que si nous suivons l'exemple ci-dessus, une Compagnie, toutes chances de vitalité égales d'ailleurs, supportera en moyenne les sinistres de cinq petits contrats de 10,000 francs dans le même temps où elle aurait à enregistrer celui d'un contrat de 50,000 francs.

Mais, si la visite des petits contrats n'a pas été passée consciencieusement, les sinistres de cette catégorie seront plus de cinq fois supérieurs à la perte des gros contrats, et alors la Compagnie pourra perdre 60 ou 70,000 francs de petits contrats contre un seul de 50,000 francs.

L'indifférence pour les petits contrats ne se comprendrait que s'ils se présentaient rarement. Il est évident que leur acceptation ne serait plus qu'une opération insignifiante pour la Compagnie.

Nous reconnaissons que notre mode familier de démonstration n'a ni la précision ni l'autorité d'une formule algébrique, mais

nous pensons qu'il frappe mieux l'esprit de tous et qu'il est plus conforme au ton modeste de cette étude.

Pour achever de nous faire comprendre, nous allons choisir un nouvel exemple dans les affaires de banque, plus anciennes, plus fréquentes, partant plus vulgarisées que celles de l'assurance.

L'escompte des valeurs commerciales se rapproche, plus qu'on ne le pense, de la souscription d'un contrat par un assureur.

Escompteur et assureur s'exposent à une chance de perte, non paiement ou décès ; et cela moyennant un prix, escompte ou prime, qui est la compensation du risque à courir.

Or, si un banquier, qui reçoit journellement un grand nombre de petites coupures et fort peu de grosses valeurs, ne s'attachait qu'à étudier la qualité de ces dernières et acceptait les autres sur des renseignements superficiels, il marcherait sûrement et promptement à sa ruine, car ses pertes dépasseraient les prévisions qui ont servi de base à la fixation des conditions d'escompte, d'intérêt et de commission qu'il impose à ses clients.

Nous avons remarqué aussi que, dans les

combinaisons d'assurances d'une durée moindre que la vie humaine, l'assureur, et, après lui, le médecin se laissent facilement aller à une tolérance d'appréciation proportionnée à la courte durée du risque. C'est se placer à un faux point de vue.

Car si l'échéance rapprochée d'un contrat permet au médecin de prévoir qu'un homme, indemne de tout symptôme morbide, ne succombera pas pendant le cours de l'assurance aux conséquences d'une maladie chronique ou d'une affection organique, elle ne lui présente aucune garantie contre les maladies aiguës et les accidents de toute nature qui menacent sans cesse l'existence humaine, et il ne faut pas oublier que, dans ces épreuves imprévues, la bonne constitution, la force de résistance, la vitalité d'un sujet peuvent le sauver alors qu'il succomberait fatalement s'il était débile de naissance ou épuisé.

Même pour une assurance d'une année, il faut que le risque soit aussi bon que s'il s'agissait d'une opération viagère.

L'utilité de la force de résistance dans les assurances sur la vie a été mise en relief d'une façon saisissante dans ces dernières années par les fréquentes invasions du choléra en

Europe, qui sévissait surtout contre les personnes affaiblies.

Les Compagnies d'assurances ont perdu très peu de leurs assurés, parce que ces derniers, en général, se trouvant dans d'heureuses conditions de santé, offraient moins de prise que les autres aux effets de la contagion.

Nous connaissons une Compagnie qui compte plus de cent assurés dans la ville de Toulon. En 1884, elle n'y a subi que deux sinistres. Ils sont provenus de deux petites affaires de 3 et de 5,000 francs temporaires, de deux et trois années, qui avaient été acceptées malgré des rapports douteux, en raison de leur peu d'importance et de leur courte durée.

En résumé, pour bien juger de la valeur d'une personne qui se présente à l'assurance, le médecin doit faire une abstraction complète de l'importance et de la nature de l'opération qui reposera sur sa tête, et se demander seulement si elle se trouve dans les conditions normales de santé qui correspondent à son âge.

Reste ensuite à l'assureur le soin de juger, au point de vue du métier, si l'affaire proposée est plus ou moins acceptable, si elle présente

des avantages pour la Compagnie et s'il est prudent de la conserver en totalité ou d'en donner une partie en réassurance.

Le mot de réassurances nous amène à adresser une demande aux médecins au sujet des affaires, dont le chiffre dépassant le plein de la Compagnie nécessitera la cession de l'excédant ; et, comme cette demande pourrait, tout d'abord, paraître en contradiction avec ce que nous venons de dire de l'égalité théorique des propositions aux yeux de l'assureur et de son conseil médical, nous nous hâtons de faire remarquer qu'elle n'a trait qu'à une question accessoire et qu'elle n'infirme en rien ce que nous avons établi de la constante uniformité de l'examen dans tous les cas donnés.

Dans les affaires susdites, nous prions les médecins de ne pas oublier que leurs rapports sont destinés à être communiqués aux Compagnies réassureurs et qu'il y a lieu de les remplir avec une clarté toute particulière et d'en motiver les conclusions par une observation spéciale si elles ne se déduisent pas naturellement de l'ensemble des réponses précédentes.

Ces qualités de forme, toujours utiles, sont

indispensables pour guider le jugement de tiers qui ne sont pas habitués à la rédaction du signataire et qui ne sauraient le lire entre les lignes.

DE L'IDENTITÉ DU PROPOSANT

Le 24 février 1885, le tribunal de la Seine a prononcé la nullité d'une assurance de 10,000 francs, souscrite en Belgique par une tierce personne à une Compagnie française, sur la tête d'un tisseur qui venait de succomber à la phtisie, suite d'une pneumonie ancienne.

L'examen médical avait eu lieu le 11 août 1882; le rapport constatait un bon état de santé, et, quatre mois après, le décès se produisait.

La Compagnie avait flairé une fraude, procédé à une enquête et obtenu la preuve que l'assuré, au moment de l'examen médical, était atteint d'une sciatique aiguë, qui l'obligeait à marcher avec des béquilles.

Il y avait eu substitution de personne dans le cabinet du médecin.

Cette coupable manœuvre n'est pas encore fréquente dans nos pays, mais elle se reproduit à chaque instant en Angleterre et en Amérique, où l'assurance est mieux connue.

Nous devons commencer à la craindre. Au fur et à mesure que le public se familiarisera avec l'assurance, il apprendra le moyen d'en abuser, et les esprits tournés au mal s'ingénieront à en tirer un coupable profit.

La constante préoccupation des Compagnies doit donc être de se prémunir contre la mauvaise foi. Elles ne sauraient s'entourer d'assez de garanties.

Ce n'est pas sans raison que, dans le questionnaire, elles demandent au médecin examinateur s'il connaît le proposant.

Le médecin ne doit pas répondre à la légère d'une façon affirmative.

Ce serait se charger d'une responsabilité morale qu'il lui est bien facile d'éviter.

S'il voit le proposant pour la première fois, il est bien naturel qu'il le déclare. L'intéressé n'aurait aucun motif de s'en formaliser, et la Compagnie, consciencieusement avertie, resterait libre de recourir à d'autres moyens de renseignements. Si elle passait outre, en cas de substitution, elle ne pourrait plus s'en

prendre qu'à elle-même de ce qui lui serait arrivé.

La question est des plus simples, des plus claires : — Connaissez-vous le proposant ? — Oui ! n'est admissible que si le médecin le connaît personnellement, s'il est absolument certain de son identité.

Il ne doit s'en rapporter pour cela qu'à ses souvenirs personnels et ne tenir aucun compte des renseignements des agents ou des intermédiaires.

Ceux-là seuls, d'après leur rôle, encourent la responsabilité de la présentation à la Compagnie. Ce n'est pas au médecin à les en dégager par une banale affirmation.

La question relative à l'identité a moins d'importance pour les assurances qui sont traitées à Paris ou dans les grands centres. Les Compagnies savent à l'avance que leurs médecins, sauf quelques exceptions, n'ont jamais vu les personnes qu'ils sont appelés à examiner. C'est tout le contraire dans les petites villes et surtout dans les campagnes. Il y a toujours présomption que le médecin connaissait le proposant, et son silence peut être interprété pour une affirmation de son identité.

En raison des usages des Compagnies, de leurs habitudes confiantes à l'égard des intermédiaires et du public, la substitution de personne est certainement le moyen le plus sûr d'extorquer une assurance sur la tête d'une personne malade. Il y a même lieu de s'étonner qu'il ne soit pas employé plus souvent.

D'ordinaire, lorsqu'un agent vient de traiter une affaire et qu'il ne s'agit plus que de faire subir l'examen médical à son client, il se contente de lui donner l'adresse du conseil médical de la Compagnie, et le laisse s'y rendre seul, sans prendre la peine de l'accompagner ; ou bien, ce qui ne vaut guère mieux, il prie le médecin de se rendre chez le proposant et néglige de l'y conduire lui-même.

Il est ainsi facile à la personne qui doit se soumettre à l'examen, si elle en redoute les résultats, de se substituer un complice à peu près de son âge et de son aspect, et d'obtenir un rapport très favorable qui ne laissera aucun doute à la Compagnie sur l'excellence de l'affaire proposée.

Les médecins devraient donc prendre pour règle de ne jamais recevoir les clients de la

Compagnie, qui se présentent seuls, et, surtout, de ne jamais se rendre chez eux, sans être assistés d'un représentant de l'administration. Ils trouveraient deux avantages à se conduire ainsi. Outre qu'ils éviteraient la possibilité d'être pris pour dupes, ils ne s'exposeraient pas à supporter directement les ajournements ou la réception trop familière de certaines gens mal élevés, ignorants des égards dûs aux médecins.

Ils agiraient à la fois d'une façon plus prudente et plus digne.

Dans la pratique, on est souvent forcé d'admettre des exceptions aux règles les plus nécessaires. Il peut arriver, par exemple, qu'une assurance se réalise dans une ville où la Compagnie n'a pas de représentant, que l'affaire se traite par correspondance et que le médecin soit obligé d'entrer directement en rapport avec le futur assuré, sans l'intervention d'un tiers autorisé.

Dans ces conditions, si le médecin ne connaît pas la personne indiquée, nous croyons qu'il fera bien de se rendre chez elle plutôt que d'attendre sa visite.

Ce sera une occasion de s'édifier sur son identité.

Nous ajouterons, d'une façon générale, qu'un examen médical consciencieux, surtout celui d'une femme, se fait beaucoup mieux chez la personne qui en est l'objet que dans le cabinet du docteur.

Le regretté docteur Davaine, médecin en chef de la *Nationale*, avait pris pour habitude, malgré son grand âge, d'aller visiter à domicile les femmes qui demandaient à s'assurer.

Il aimait mieux s'imposer un dérangement et une perte de temps que de se contenter d'un examen incomplet dans son cabinet ou au siége de la Compagnie.

Son système était excellent. En effet, dans sa chambre, une femme n'a aucun prétexte de toilette pour se soustraire aux épreuves de l'auscultation et de la percussion. Le médecin se trouve alors plus à l'aise pour remplir sa délicate mission et n'éprouve pas la crainte de dépasser les bornes d'une juste exigence. Il peut se livrer aux investigations intimes que lui impose son devoir, tout en ménageant les convenances de celle qui en est l'objet.

Du reste, « l'appartement c'est l'homme », a dit Balzac. C'est-à-dire que pour l'œil exercé de l'observateur, tout ce qui compose l'intérieur, le milieu matériel de la vie d'un

individu, en révèle le caractère, les goûts et les habitudes.

Pour le médecin, la moindre chose, le détail le plus insignifiant en apparence peut servir de point de départ à une déduction imprévue, fournir une précieuse induction, déterminer une décision. Une boîte de pastilles, une bouteille d'eau minérale, une photographie de ville thermale, un chevet de lit très élevé, un plastron de flanelle, etc..., le mettront sur la trace d'une affection du larynx, d'une maladie d'estomac, d'un rhumatisme chronique, d'un asthme, d'une faiblesse des bronches, etc...

Nous nous rappelons le fait suivant, qui nous a été raconté par un de nos vieux médecins d'assurances de Paris :

Il s'était rendu chez un sculpteur bien connu, désireux de souscrire une assurance, et, après un long examen de ses antécédents et de sa personne, il venait de conclure à l'acceptation de sa proposition, lorsque le hasard fit tomber ses yeux sur le premier rayon d'une bibliothèque, où se montrait, en groupe compact, toute une série d'ouvrages spéciaux sur le diabète et son traitement.

Ce genre de littérature était si peu en

harmonie avec les goûts et les travaux de leur possesseur, que le prudent docteur se ravisa, jugea nécessaire, pour s'éclairer, de recourir à l'analyse des urines (opération qui n'était guère en usage à ce moment), et y trouva les signes chimiques de la dangereuse affection qui faisait, non sans raisons, l'objet des études scientifiques de l'artiste.

A propos de l'analyse des urines, nous ferons remarquer que leur émission s'effectue plus commodément au domicile du proposant. C'est un point essentiel, car le médecin ne doit jamais se fier au liquide qui lui aurait été apporté.

« Le devoir du médecin est de déjouer les « ruses des clients, qui cachent leurs tares, « et d'être assez sagace pour dépister toute « dissimulation.

« Une tentative de cet ordre est restée « célèbre parmi les médecins des Compa- « gnies d'assurances.

« Un postulant se présente devant le doc- « teur Siredey, médecin d'une d'elles ; il a « une belle prestance, rien ne révèle une « infirmité. Notre collègue demande à ce « Monsieur, appartenant au meilleur monde, « de lui donner de ses urines. Celui-ci té-

« moigne son regret, il a uriné avant de
« monter. M. Siredey lui donne un rendez-
« vous, le Monsieur apporte dans un flacon
« des urines froides, parfaites. — Pardon,
« répond le médecin, je ne les analyse que
« chaudes. Nouvelles excuses du postulant,
« pris de nouveau à l'improviste. — Eh bien,
« réplique Siredey, nous allons causer jus-
« qu'à ce que cette envie survienne. Lassé,
« le postulant s'exécute : il était diabétique. »

(*Le Secret Médical*, par le Dr Brouardel).

RELATIONS AVEC LES AGENTS

Le contenu d'un rapport médical doit rester chose confidentielle entre le médecin et la Compagnie.

La discrétion en cette matière est commandée par l'intérêt du médecin dont il faut sauvegarder l'indépendance, et par celui du proposant, qui pourrait être dangereusement frappé par la révélation d'une maladie ou d'une disposition morbide.

Nous avons dit précédemment que les Compagnies restaient strictement fidèles à ce principe de haute convenance et qu'elles prenaient de minutieuses précautions pour empêcher que le texte des rapports ne fût communiqué aux intéressés.

S'il y a des fautes commises à cet égard, elles sont seulement imputables aux médecins eux-mêmes, parfois trop confiants envers les agents de la Compagnie.

Ce n'est pas que nous ayons à mettre en doute le bon vouloir de ces derniers.

Choisis avec soin parmi un très grand nombre de candidats, les représentants des Compagnies en province, méritent presque tous l'estime qui, d'ordinaire, s'attache à leurs délicates et difficiles fonctions; mais ils sont intéressés directement dans l'acceptation ou dans le refus d'une affaire. Ils peuvent être momentanément entraînés par leur intérêt personnel, au point d'oublier les recommandations de la Compagnie et de sortir de la réserve de leur rôle, pour indiquer à leurs clients les conclusions du médecin.

C'est l'exception, nous le savons, exception même très rare; mais il n'en est pas moins nécessaire de se prémunir contre elle, car ses conséquences peuvent être graves.

Ce qui est général, c'est la tendance de tous les agents à discuter les termes d'un rapport médical défavorable, à le combattre auprès de la Compagnie, à poursuivre ses rectifications auprès du docteur signataire.

Pour ne pas s'exposer à de pareilles importunités, les médecins feront bien de garder un silence complet sur les résultats de leur examen, et de ne jamais remettre leurs rap-

ports aux agents que sous enveloppes fermées.

Les Compagnies redoutent tellement les démarches des agents auprès des médecins qu'elles ont renoncé, dans les cas où elles ont besoin de renseignements complémentaires, à les demander au médecin par l'intermédiaire de l'agent. Elles écrivent directement, et ainsi elles évitent que leur conseil soit obsédé par les visites intéressées d'un intermédiaire trop zélé.

C'est l'occasion de divulguer un stratagème que nous avons vu employer par quelques médecins des plus honorables dans certains cas de refus, où ils avaient lieu de craindre que l'enveloppe de leur rapport officiel ne fut pas respectée par le représentant de la Compagnie. Ils lui remettaient un rapport favorable et, en même temps, ils adressaient à la Compagnie une lettre particulière qui exprimait leur véritable opinion sur le risque et concluait au rejet.

A première vue, la précaution paraît manquer un peu de dignité. C'est une impression infuse de nos préjugés habituels sur les questions d'honneur ; elle se modifie rapidement avec la réflexion. La vérité, c'est que

le médecin examinateur n'a qu'un devoir, celui de renseigner la Compagnie sur la santé des proposants, et qu'il reste libre de choisir le moyen propre à éclairer complètement la Compagnie et à se prémunir en même temps contre certaines indiscrétions dont il peut seul apprécier les conséquences.

Mais, hâtons-nous de le dire, de tels détours ne sont que bien rarement justifiés. L'indépendance des médecins (leur indépendance morale et pécuniaire), la probité des agents et la prudence des Compagnies n'ont pas permis jusqu'ici à un seul abus de se glisser dans la pratique de l'examen médical. L'expérience faite est assez ancienne, — près d'un siècle, — et assez générale, — dans toute l'Europe et le Nouveau-Monde, — pour que la question soit définitivement jugée ; pour nous donner la conviction que le fonctionnement actuel de l'examen médical, dans les assurances sur la vie, se trouve à l'abri de toute critique sérieuse et ne donnera jamais lieu à aucun inconvénient durable.

SECRET PROFESSIONNEL

Il semblerait que nous dussions traiter cette question dans une étude sur l'examen médical, mais nous ne nous sentons pas l'autorité nécessaire pour le faire après tant d'auteurs de savoir et de talent, qui ont écrit sur le sujet, et du reste, nous ne voyons pas que l'assurance sur la vie ait à s'en préoccuper pour le moment.

La matière nous parait épuisée au point de vue de la discussion. Tous les arguments ont été fournis pour ou contre les deux thèses opposées : l'obligation absolue au secret professionnel dans tous les cas, quels qu'ils soient, et le respect du secret, limité aux circonstances où il n'y a pas un intérêt social à le divulguer. Le Dr Brouardel vient de résumer les débats et il l'a fait avec autant d'impartialité que de hauteur de vue. Il a conclu aussi, mais, en

le faisant, il n'a pas supprimé la question. Elle demeure toute entière, — c'est affaire de conscience. Chacun continuera encore à la juger suivant ses sentiments.

En outre, telle qu'elle est posée, la question ne touche nullement à l'examen médical dans les assurances sur la vie. Il ne s'est jamais agi que de savoir si oui ou non le médecin consultant, le médecin de la famille, pouvait dans certains cas révéler les confidences de son client.

Le médecin de la Compagnie a toujours été placé au-dessus de ces restrictions.

Le Dr Brouardel, le plus zélé défenseur du secret professionnel, envisage ainsi le rôle du médecin de Compagnie d'assurances.

Après avoir énuméré les raisons qui, selon lui, militent ordinairement en faveur du secret professionnel et après avoir indiqué l'obligation où le malade se trouve, dans l'intérêt de sa santé, de faire des confidences complètes à son médecin, il ajoute :

« Est-ce la position du candidat à l'assu-
« rance devant le médecin examinateur ? —
« Nullement. Il n'a pas, pour confier son se-
« cret, cette impulsion presque irrésistible,
« dictée par l'obsession de la conservation de

« sa vie. Il n'est pas sous le coup d'une mala-
« die, mû par l'impérieux instinct de s'y sous-
« traire. — Sa volonté est libre, absolument
« libre. Il veut faire une affaire, très légitime,
« suggérée par un mobile très respectable,
« celui de conserver la fortune de sa famille ;
« il a débattu les conséquences de sa de-
« mande, il ne vient pas auprès du médecin
« chercher la guérison d'une maladie, il ne
« sacrifiera pas à son désir toute considé-
« ration et parfois son honneur personnel ;
« devant le médecin de la Compagnie d'as-
« surance, l'homme bien portant a dû dé-
« battre librement quelles portées auront
« ses confidences, elles ne sont plus forcées,
« et il sait quelles conséquences peuvent
« avoir et ses déclarations et l'examen auquel
« il se soumet.

« Le rôle du médecin de la Compagnie
« est en tout différent de celui du médecin
« traitant. Celui-ci n'a pas été appelé à péné-
« trer dans le sein de la famille, il n'a pas
« pu recevoir ou surprendre quelques secrets.
« Le postulant vient devant un médecin qu'il
« sait chargé de constater tout ce qui peut
« être objecté à sa proposition ; il ne peut y
« avoir pour lui aucune surprise, il est devant

« une personne représentant les intérêts de
« la Compagnie et non devant un confident
« habituel.

« De bonne foi ou non, ce candidat fait,
« sous sa responsabilité, sous sa signature,
« les déclarations prescrites sur ses antécé-
« dents de famille, sur sa santé, sur ses
« habitudes.

« Le devoir du médecin est de vérifier si
« quelque lésion existe et dans quelle me-
« sure elle peut modifier les risques de la
« Compagnie au nom de laquelle il procède.
« Là, plus de secret professionnel, le can-
« didat dit ce qu'il croit devoir dire au mé-
« decin, il sait que le médecin a charge de
« compléter ses confidences et il se livre à
« lui. »

Nous n'aurions pu définir en termes plus exacts et plus précis la situation spéciale des médecins d'assurances, au point de vue légal.

Dans les pages qui précèdent, nous avons essayé d'esquisser leur rôle administratif.

Nous laissons au Docteur de la Compagnie l'importante tâche de passer en revue les nombreuses questions scientifiques qu'ils sont chaque jour appelés à résoudre.

PREMIÈRE PARTIE

DE L'ÉTIOLOGIE DANS SES RAPPORTS AVEC LES ASSURANCES SUR LA VIE

Lorsque le médecin se trouve en présence d'un inconnu dont il est chargé d'apprécier les chances de longévité, sa première préoccupation doit être de savoir s'il porte en lui quelque vice héréditaire, ou si, par son genre de vie, sa profession, ses habitudes, son milieu, il n'est pas plus ou moins fatalement prédisposé à telle ou telle maladie.

La plupart des proposants ne demandent l'assurance que quand ils ont devers eux sinon la réalité, du moins les apparences d'une santé qui, au premier abord, semble rendre le refus impossible. Ils pensent en outre, avec raison, que leur passé pathologique ne doit pas être trop chargé, et que, s'ils avaient subi un grand nombre de maladies, surtout de celles qui laissent des traces ou qui ont

des conséquences lointaines, ils courraient grand risque de n'être pas acceptés.

Ce sont donc, dans la plupart des cas, les maladies susceptibles de se produire *après l'examen médical*, plutôt que les maladies actuelles ou antérieures, que le médecin d'assurances doit mettre tous ses soins à deviner. C'est la partie la plus délicate et la plus importante de la mission qui lui est confiée.

Or, sur quoi se basera-t-il pour résoudre ce problème difficile ? — Sur les conditions étiologiques que porte en lui le proposant ou sur celles qui l'entourent et l'assiègent, c'est-à-dire sur sa *race* et sur son *milieu*.

Si ces conditions étiologiques sont encore à l'état virtuel, c'est à nous qu'il appartient de prévoir quelles seront ultérieurement leurs conséquences, et à quelle époque de la vie ces conséquences se produiront.

Les considérations qui vont suivre se divisent naturellement en deux chapitres. Le premier comprend les conditions étiologiques internes, innées, héréditaires ; le second, les conditions étiologiques externes, accidentelles et déterminantes.

CHAPITRE PREMIER

DE L'HÉRÉDITÉ

L'hérédité, envisagée au point de vue des assurances sur la vie, doit être étudiée dans les deux directions principales qu'elle présente par rapport au proposant. — Celui-ci, en effet, reçoit des germes morbides qui lui sont transmis par ses ascendants : C'est l'*hérédité ascendante*. En outre, il transmet à sa descendance des germes morbides, innés ou acquis, qui se développent parfois chez les enfants avant de s'être révélés par un signe quelconque chez les parents : C'est l'*hérédité descendante*.

La première est infiniment plus importante et plus générale que la seconde, car il n'y a pas un seul proposant chez lequel on ne puisse la rechercher.

La seconde, au contraire, est plus rare et

beaucoup moins compréhensive. Elle ne fournit qu'exceptionnellement certaines notions, toujours un peu vagues, sur lesquelles on ne peut pas se fonder, à défaut d'autres, pour refuser ou pour accepter l'assurance. Et puis elle ne s'applique qu'à la catégorie des proposants qui ont une progéniture.

Aussi est-ce l'hérédité ascendante qui fera l'objet principal des considérations suivantes sur la transmission héréditaire.

SECTION I. — HÉRÉDITÉ ASCENDANTE

L'hérédité du sang comprend la transmission par le père et la mère des aptitudes intellectuelles, du caractère, des signes physiologiques, des dispositions morbides et des forces vitales.

Ce phénomène biologique exerce une action incontestable sur la durée de la vie humaine. Il était impossible à l'assureur de ne pas en tenir compte. Il en est même arrivé, par le fait de l'expérience, à considérer cet élément d'appréciation du risque comme un des plus décisifs parmi ceux qu'il peut réunir.

Dans bien des cas, il acceptera une assurance qui lui est proposée sur la tête d'un sujet de santé médiocre, dont les parents et grands-parents sont morts dans un âge avancé ; et par contre, il refusera de délivrer un contrat à un proposant bien portant qui présente dans sa famille de mauvais antécédents.

Le livre noir, le livre des sinistres, est là pour guider l'assureur. Sauf les cas d'accidents, on y voit rarement succomber de mort prématurée un assuré dont les auteurs ont dépassé la vie ordinaire

L'hérédité procède dans une certaine mesure de l'ensemble des deux individualités du père et de la mère et de celle des aïeux. Mais il faut reconnaître que l'action directe et unique du père et de la mère se fait souvent sentir sur les enfants. Il n'est donc pas inutile de savoir de qui des deux le proposant tient le plus. S'il reproduit complètement le type de l'un d'eux, il est à peu près certain qu'il a hérité de ses conditions organiques et qu'il vivra et mourra comme lui.

La participation de chaque sexe dans la

transmission héréditaire n'est pas rigoureusement semblable. Celle de la mère est prépondérante. De plus, dans aucun cas, on ne peut mettre en doute son authenticité. Quelques auteurs regardent l'influence du père comme principale, mais ils sont en petit nombre.

L'influence respective des parents peut varier, du reste, suivant les maladies et ne présente rien d'absolu. Ainsi, pour Esquirol et pour Baillarger, la prépondérance de la mère dans la folie est incontestable. Il en est de même pour la syphilis.

Une autre opinion dont on tiendra compte dans une certaine mesure, c'est celle qui admet que la transmission héréditaire s'effectue de préférence d'un sexe à l'autre, de la mère aux fils et du père aux filles. Le fils, a dit Bazin, apporte en naissant la prédisposition aux maladies maternelles, la fille hérite des maladies paternelles.

Lorsque les deux parents sont atteints de la même affection héréditaire, la transmission en est à peu près certaine. Sans doute il y a quelques heureuses exceptions à cette règle. Les éléments sains qui persistent chez le père et la mère pourront détruire chez les enfants le vice héréditaire ou en empêcher

l'éclosion. Mais cette faible chance n'a aucune valeur au point de vue de l'assurance, même quand toutes les apparences seraient en sa faveur. A plus forte raison faut-il exclure tous ceux dont les ascendants sont ou ont été affectés de plusieurs maladies constitutionnelles. Il n'y a, en effet, entre ces maladies aucune incompatibilité ; elles ne se corrigent point l'une l'autre; elles s'aggravent plutôt réciproquement et ne confèrent aucune immunité héréditaire. Leurs germes sont donc susceptibles de s'accumuler chez les enfants et de produire leurs effets morbides à l'époque et dans les conditions qui leur sont favorables. Plus ces germes sont nombreux, moins il y a de probabilités qu'ils soient tous stérilisés ; et, alors même qu'ils le seraient, le terrain organique qui les a reçus doit toujours être tenu en suspicion.

I. — PHTISIE PULMONAIRE

Parmi les maladies héréditaires, la *phtisie pulmonaire* est une des plus fréquentes et la plus meurtrière. L'hérédité a été péremptoirement constatée chez 38 phtisiques sur 100. (Hérard et Cornil). D'après quelques statis-

tiques, elle serait non douteuse dans près de la moitié des cas. — Ce qui aggrave encore ce résultat, c'est que cette proportion ne s'applique qu'aux faits où un seul des auteurs est phtisique. — Quand les deux le sont, il est à peu près inévitable que tous les enfants le deviendront ou donneront naissance à des enfants phtisiques. — La prédisposition transmise augmente en raison directe du nombre des enfants ; aussi les enfants les plus jeunes succombent-ils souvent avant leurs aînés. — Les enfants issus du second mariage d'un phtisique sont beaucoup plus exposés à devenir tuberculeux que ceux du premier (Blanc). — La transmission héréditaire se fait en général du père aux filles et de la mère aux garçons (Roche).

La phtisie éclate ordinairement dans l'adolescence, quelquefois dans la seconde enfance, plus rarement dans la première. — Quand elle se montre dans la première année de la vie, la prédisposition est à son maximum de puissance.

Envisagée à travers les générations successives d'une même famille, la phtisie héréditaire apparaît à une époque de la vie de moins en moins avancée, à mesure qu'on

descend dans l'échelle généalogique. Si un homme, par exemple, devient phtisique à soixante ans, ses enfants succomberont avant quarante ans et ses petits enfants en bas âge.

Les individus voués à la phtisie par transmission héréditaire présentent un ensemble de caractères physiologico-organiques dont le tableau a été tracé depuis longtemps. Ils sont en général grêles et maigres ; ils ont le teint pâle, les chairs flasques, des cheveux blonds ou châtain clair (Trousseau insistait sur la couleur blond-cendré des cheveux), des yeux bleus, des sclérotiques bleuâtres, des cils longs et relevés, le système pileux développé, les ongles recourbés et l'extrémité des doigts en massue, les pommettes colorées, l'intelligence précoce, la partie supérieure de la poitrine rétrécie, etc., etc. Ces traits de physionomie sont en général exacts ; mais il ne faut pas oublier cependant que certains individus qui les présentent vivent très longtemps sans devenir phtisiques, tandis que d'autres sont atteints de consomption pulmonaire, bien qu'ils aient un appareil respiratoire largement développé, et des formes herculéennes.

Mais ce sont là des exceptions dont le médecin ne doit pas se préoccuper, puisque, en tout état de cause, il faut que le jugement qu'il va porter prenne toujours pour base les éventualités basées sur la généralité des cas. Est-ce à dire pour cela que, dans l'appréciation des influences héréditaires, il soit tenu de pousser la sévérité jusqu'à exclure à peu près tous les proposants, qui ont ou qui ont eu, à n'en pas douter, un de leurs parents ou tous les deux atteints de phtisie pulmonaire? Assurément non. Ce serait simplifier sa tâche, la rendre par trop facile et léser, tout à la fois, les intérêts du proposant et ceux de la Compagnie.

Toutes les personnes sur lesquelles pèse plus ou moins la fatalité héréditaire de la phtisie pulmonaire sont loin de se présenter à l'examen médical dans des conditions identiques. Leur état de santé actuel, leur passé pathologique, leur âge, leur sexe, leur profession, leur milieu social, leur genre de vie, etc., sont autant de circonstances variables qu'il faut juger séparément, puis combiner et réunir pour les mettre en regard des *lois*, ou si ce mot paraît trop absolu, des *règles* qui président à la transmission héréditaire

de la phtisie, et indiquent l'époque de la vie où cette affection apparaît le plus communément. Dans cette question, qu'il semble aisé de résoudre au premier abord, il y a une infinité de facteurs qui interviennent et la compliquent. Il est du devoir du médecin de n'en négliger aucun et de ne rien laisser au hasard, ni de ne rien résoudre par routine et par élimination systématique.

Parmi ces facteurs, l'âge est d'une importance capitale. Les statistiques des différentes Compagnies d'assurances ont établi que l'âge moyen des proposants est de 37 à 40 ans. La plupart d'entre eux se trouvent donc avoir dépassé l'époque où la phtisie héréditaire fait son apparition. Voilà déjà une circonstance qui est favorable à l'acceptation. En deçà ou au delà de 40 ans, les chances augmentent ou diminuent, suivant le nombre d'années qui s'éloignent de ce terme moyen. Ainsi, il y a de grandes probabilités pour qu'une personne née de parents phtisiques et qui a la cinquantaine, par exemple, échappe à l'influence héréditaire, surtout si sa santé a toujours été bonne et si elle n'a jamais eu aucune affection pulmonaire. Nous pensons qu'on pourrait l'accepter, même si

quelque frère ou sœur, né longtemps après elle, avait été atteint de consomption pulmonaire. Que cette personne, au contraire, n'ait que 25 à 30 ans, il faudrait la refuser, quoiqu'actuellement bien portante, surtout si ses deux parents étaient morts de phtisie, et quand même ses frères ou sœurs, plus âgés qu'elle, auraient échappé à la tuberculose pulmonaire.

Nous pourrions multiplier ces hypothèses et y faire entrer d'autres facteurs que l'âge, tels que le sexe, la constitution, le tempérament, les effets croisés dans la transmission du père aux filles et de la mère aux fils, etc., etc. Bornons-nous à formuler quelques propositions. Elles pourront servir de guide au médecin d'assurances, sans restreindre en quoi que ce soit sa liberté d'appréciation.

1° La tuberculose pulmonaire se transmettant par hérédité dans près de la moitié des cas, doit être recherchée avec le plus grand soin parmi les antécédents des proposants.

2° Si le père *ou* la mère du proposant sont morts de phtisie, et s'il n'a pas tout à fait atteint ou dépassé la quarantaine, lorsqu'il se présente à l'examen médical, il est prudent

de ne pas l'accepter. — Il faut le refuser absolument si le père *et* la mère ont été ou sont phtisiques, et à plus forte raison si, parmi ses frères et sœurs, il y a des phtisiques, sa santé eût-elle été et fût-elle irréprochable.

3° Les motifs de refus basés sur l'hérédité de la phtisie diminuent avec l'âge des proposants. Lorsque ceux-ci ont dépassé la quarantaine, il y a de grandes chances pour qu'ils restent indemnes et de très grandes après la cinquantaine. Aussi peut-on les accepter, à moins, toutefois, que leurs frères ou sœurs n'aient été décimés par la phtisie.

4° Quelles que soient les conditions favorables de santé actuelle et passée, de tempérament, d'hygiène, de profession, de milieu social, etc., que présente un proposant sur lequel pèse la fatalité héréditaire de la phtisie, on ne devra jamais transiger avec la question de l'âge. — Le refus ou l'acceptation ne sera point dicté par des règles à priori, mais devra découler de l'analyse la plus minutieuse, de l'appréciation la plus scrupuleuse de toutes les circonstances qu'implique cette question délicate (1).

(1) Il est bien entendu que dans tout ce qui précède, nous avons supposé que le proposant, au moment de

II. — TUBERCULO-SCROFULOSE

La phtisie pulmonaire n'est malheureusement pas la seule manifestation de la grande *diathèse tuberculo-scrofuleuse.* L'infection bacillaire devenue constitutionnelle est susceptible d'attaquer tous les tissus, tous les organes de l'économie. Elle est en outre essentiellement héréditaire. Mais, sous le nom de *scrofule*, on n'en obtient point l'aveu. Il n'y a peut-être pas un proposant sur des milliers, qui vous dise spontanément qu'il est de race scrofuleuse. En France, la scrofule possède à bon droit la plus mauvaise réputation, et on la cache. Il n'en est pas ainsi partout : les Russes, par exemple, déclarent volontiers et sans qu'on leur demande, qu'ils sont scrofuleux, que tous leurs ascendants l'ont été et que fort peu de leurs compatriotes sont exempts de cettte diathèse. Ils lui attribuent à peu près toutes leurs maladies chroniques, si bien que le médecin

l'examen, ne présentait aucune lésion, ni aucun trouble fonctionnel et qu'il n'avait contre lui que des antécédents héréditaires. Nous n'avons en vue maintenant que la phtisie héréditaire ; la question de la phtisie acquise sera traitée ultérieurement.

doit se tenir en garde contre leur exagération dans ce sens.

» Nous trouvons la scrofule partout, dit Bazin, mais surtout en France, en Angleterre, en Hollande (il ne parle pas de la Russie). — Les ravages qu'elle fait dans l'espèce humaine sont véritablement effrayants, et je ne crains pas de dire qu'elle enlève plus de victimes que les grandes épidémies de peste ou de choléra.. On la rencontre à tous les âges, sur les deux sexes, dans toutes les classes de la société ; il n'est peut-être pas une famille qui n'en offre au moins un exemple !... »

Une maladie constitutionnelle si généralement répandue et si meurtrière est donc une de celles dont le médecin d'assurances doit le mieux étudier et connaître toutes les origines et toutes les manifestations. Et cependant, son importance, au point de vue spécial qui nous occupe, est moins grande que celle de beaucoup d'autres diathèses ou intoxications. Voici pourquoi : c'est que les accidents qui proviennent de la scrofule apparaissent à un âge où les individus ne se font pas assurer. Sa plus grande fréquence, en effet, est entre cinq et quinze ans. Après la puberté, la scro-

fule est moins fréquente. *Elle est déjà rare de quarante à soixante ans*, et, après soixante ans, elle est extrêmement rare.

D'après Lugol, la scrofule serait constamment héréditaire. Lebert a été moins affirmatif que Lugol. Il résulte de ses tableaux statistiques, que l'influence scrofuleuse n'agirait héréditairement que dans un tiers des cas. La scrofule ne se déclarerait que 23 fois pour 100, chez les enfants issus de parents scrofuleux (Philippe). Les statistiques sont plus vagues, plus flottantes que pour la tuberculose pulmonaire, ce qui se comprend aisément si l'on songe à la multiplicité et à l'infinie variété des déterminations scrofuleuses. Toutes ne doivent pas préoccuper le médecin d'assurances au même titre. Celles qui s'effectuent sur la peau et qui constituent la grande classe des scrofulides, celles qui affectent les glandes, le système osseux, etc.; celles, en un mot, qui sont très visibles pendant leur période d'activité, ou qui laissent après leur guérison de grands stigmates révélateurs, celles-là empêchent généralement les malades de se soumettre à l'examen médical. Il faut surtout avoir en vue les

déterminations viscérales sur le cerveau et ses enveloppes, sur les poumons et les plèvres, sur le péritoine, sur les organes génito-urinaires, quand on soupçonne que le proposant est de race scrofuleuse.

La complexion scrofuleuse : peau fine, transparente, comme infiltrée ; lèvres épaisses, gonflées, fendillées, s'enflammant facilement ; paupières gonflées, rougeâtres sur les bords, chassieuses, etc., etc., se montre et s'accuse surtout dans le premier âge. La plupart de ces caractères s'atténuent, s'effacent ou se déforment, à mesure que le scrofuleux avance dans la vie, et il n'en conserve quelquefois aucune trace à l'âge moyen où on s'assure, de 37 à 40 ans.

Le médecin d'assurances devra donc songer d'autant plus à la scrofule, qu'il aura à faire à des sujets plus jeunes. — En pareil cas :

1° Il s'efforcera de découvrir, par des questions habilement posées, et auxquelles il n'aura l'air d'attacher qu'un intérêt secondaire, si le père et la mère du proposant sont ou ont été scrofuleux, mais il se gardera bien de prononcer le mot.

2° Si les réponses sont affirmatives et

concordent avec l'impression que donne le premier coup d'œil sur le proposant, il poussera la recherche des antécédents et l'exploration des organes aussi loin que possible dans le sens d'une détermination passée, actuelle, ou plus ou moins prochaine, du côté des méninges (méningite scrofuleuse), du côté de l'appareil respiratoire (vestiges de pleurésie ancienne, de pneumopathies, de catarrhes chroniques scrofulo-tuberculeux) ; du côté de l'abdomen (adénopathies mésentériques, péritonites chroniques surtout) ; du côté de l'appareil génito-urinaire (néphrite scrofuleuse, albuminurie, sarcocèle tuberculeux chez l'homme, périmétro-ovarite de même nature chez la femme).

3° Si le résultat de ses recherches est absolument négatif, il devra accepter l'assurance, alors même qu'il aurait lieu de croire à l'existence de la scrofule chez les parents.

4° S'il découvre des cicatrices de foyers scrofuleux, des traces de lésions osseuses, des stigmates indélébiles de scrofulides graves, il n'acceptera pas l'assurance, à moins que le proposant, âgé de 40 ou 50 ans, ait eu ces lésions dans sa première enfance, et ait joui depuis leur guérison d'une santé parfaite.

Telles nous paraissent être les principales règles à suivre. Mais il est probable que les occasions de les appliquer se présenteront rarement au médecin d'assurances.

III. — CANCER

Il n'en est pas de même pour une autre grande maladie, le *Cancer*. Sa transmission héréditaire est aussi catégoriquement démontrée que celle de la scrofule, du tubercule, de la folie. D'après Lebert et Lafont elle aurait lieu dans le septième des cas; d'après Velpeau, dans plus d'un tiers. Il n'est pas rare de voir le cancer se multiplier dans une même famille. Le fait suivant, rapporté par Warren, en est un des exemples les plus remarquables : Le père était mort d'un cancer de la lèvre, le fils eut un cancer du sein ; deux de ses sœurs eurent également un cancer du sein. — Dans une famille, Broca a vu 16 cas de mort par le cancer, sur 27 personnes *ayant dépassé l'âge de 30 ans*. Le cancer a de la tendance à se reproduire sur le même organe chez les parents et chez les enfants.

Voilà donc une maladie qui est d'une importance capitale dans la question des assu-

rances sur la vie. Elle le serait autant que la tuberculose pulmonaire, si elle était aussi fréquente. — Mais, si elle le cède sur ce point là, elle l'emporte par sa gravité, et plus encore, au point de vue où nous nous plaçons, par la coïncidence singulière qui existe entre l'âge où on a l'habitude de s'assurer et l'âge où surviennent les affections cancéreuses. D'une manière absolue, en effet, c'est entre 40 et 60 ans, qu'on observe le plus grand nombre de cancéreux. L'encéphaloïde est cependant une forme que l'on rencontre assez souvent avant cette époque, et dont la fréquence augmenterait, d'après Paget, depuis l'enfance jusqu'à la vieillesse. Les deux tiers de cette sorte de cancer se produisent au-dessous de 40 ans et sont à peu près également répartis entre les quatre premières périodes décennales. Le squirrhe a son maximum de fréquence entre 40 et 50 ans. Il est infiniment rare au-dessous de 30 ans. Il en est de même du cancer épithélial ; il devient très commun de 40 à 60 ans, et plus tard, il semble encore augmenter de fréquence proportionnelle (Heurteaux).

Les perplexités du médecin d'assurances sont très grandes, quand il se trouve en pré-

sence d'un proposant qui lui dit formellement que son père ou sa mère sont morts d'un cancer (cancer de l'estomac, cancer des lèvres, cancer du rectum, de l'utérus, etc.)

Que doit-il décider en pareille occurrence? Evidemment, c'est un des cas où le refus, basé uniquement sur la possibilité d'une transmission héréditaire probable, imminente même dans ses effets, doit être formulé. Il est d'autant plus justifié qu'il n'y a pas là, comme dans la tuberculose pulmonaire, d'âge *au delà duquel* l'immunité contre l'atteinte de la maladie soit à peu près assurée. Au contraire, c'est à partir du moment où il demande l'assurance, que le proposant court le risque de devenir cancéreux, et ce risque augmentera de plus en plus à mesure qu'il avancera en âge. Aussi l'assurance serait-elle moins aléatoire, si le proposant issu de parents cancéreux se présentait dans l'adolescence ou dans la jeunesse. On pourrait espérer qu'il aurait au moins de grandes chances d'échapper au cancer pendant 20 ou 30 ans. Mais à l'âge *critique* de 40 à 50 ans et au-delà, ses chances deviennent de plus en plus faibles.

Ce qui augmente encore l'embarras, c'est qu'il n'existe dans l'ensemble de l'individu voué au cancer aucune physionomie morbide caractéristique avant l'invasion de la maladie.

Les données du problème sont fort simples et pourtant la solution n'en est pas moins embarrassante. Que devra faire le médecin ? Passons en revue quelques hypothèses.

1° Le proposant issu de parents cancéreux a 30 ou 35 ans. Sa santé est et a toujours été parfaite. On pourra l'accepter.

2° Le proposant de race cancéreuse est arrivé à l'âge de 35 à 45 ans avec une santé irréprochable et toutes les probabilités qu'elle restera telle pendant fort longtemps, s'il échappe aux effets de la transmission héréditaire. Personne parmi ses frères ou sœurs, placés à peu près dans les mêmes conditions d'âge que lui, n'est devenu cancéreux. On pourra l'accepter, surtout s'il a plusieurs aînés exempts de toute affection cancéreuse.

3° Dans tous les cas qui se trouvent en dehors des deux précédents, le médecin devra se montrer extrêmement sévère. Il refusera toujours ; et, s'il était tenté d'accepter, il

n'imposerait point un *oui* catégorique à la Compagnie. Il développerait les raisons pour et les raisons contre; laisserait entendre qu'il incline *pour*, mais déclinerait toute responsabilité dans la décision.

IV. — ARTHRITISME

Une maladie constitutionnelle dont l'hérédité est incontestable, c'est l'*arthritisme*. Sous ce nom on englobe un grand nombre d'affections qui appartiennent au rhumatisme et à la goutte. Le champ de cette diathèse est immense et on l'agrandit tous les jours. Aussi ses limites ont-elles fini par devenir vagues et indécises. A force de s'éparpiller en tous les sens, l'action morbide, si puissante, si accentuée dans les manifestations typiques du rhumatisme articulaire et de la goutte, s'affaiblit ou perd quelques traits de sa physionomie initiale. On a de la peine à lui rattacher les innombrables affections disséminées dans tout l'organisme, qu'elle tiendrait sous sa dépendance.

Ce qui contribue encore à agrandir peut-être d'une façon exagérée le domaine de l'arthritisme, c'est qu'on n'éprouve aucun

scrupule, aucune fausse honte à avouer qu'on en est atteint. Quel est celui qui ne se croit pas ou ne se dit pas aujourd'hui plus ou moins rhumatisant ou arthritique? On s'en vanterait presque. Cette diathèse ne jette aucun discrédit, ni sur l'individu, ni sur sa race. Quel contraste à cet égard avec la scrofule et la syphilis ! Aussi tenez pour certain que vous n'aurez pas besoin de recourir à de grands artifices dans l'interrogatoire des proposants, pour obtenir des renseignements sur leur hérédité rhumatismale ou goutteuse. Ils iront au-devant de vos questions. Vous aurez même une surabondance d'informations.

L'embarras ne viendra jamais de la pénurie des renseignements, mais de leur manque de netteté et de précision. Aussi est-ce dans ce sens qu'il faudra surtout que l'enquête soit poussée. Il sera essentiel de savoir si les parents ou les grands parents ont été bien réellement atteints d'un vrai rhumatisme articulaire aigu, s'ils en ont eu plusieurs attaques, si elles ont été graves et si elles ont laissé à leur suite des altérations et des troubles fonctionnels du côté du cœur. Le rhumatisme a-t-il été primitivement chronique, avec gonflement perma-

nent des articulations de la main, déviation et déformation des doigts? La goutte avait-elle sa forme classique ou était-elle vague et indéterminée, erratique, sans aucune fixité, externe seulement ou viscérale, simple ou compliquée de gravelle, d'affections rénales, de lésions artérielles et cardiaques, etc., etc.?

On voit que si la tâche du médecin est rendue facile par l'absence de dissimulation chez les proposants, au sujet de cette hérédité, elle devient laborieuse quand il s'agit de déterminer l'importance de l'arthritisme chez les ascendants, les formes qu'il y a revêtues et ses conséquences médiates ou immédiates sur les maladies locales qui ont abrégé ou contribué à abréger la durée moyenne de leur vie.

La question de l'hérédité n'a peut être pas la même valeur pour cette grande diathèse que pour les précédentes. On ne peut pas la formuler d'une façon aussi catégorique, ni en déterminer les règles avec la même netteté. C'est une raison pour la serrer de plus près, s'il est possible.

Parmi les manifestations de l'arthritisme, la *goutte* est celle dont la transmission héré-

ditaire est la mieux établie (1). C'est elle qui a pénétré le plus profondément dans le sang de la race et dont les conséquences sont le plus susceptibles de peser sur plusieurs générations. — Le *rhumatisme articulaire* aigu vient après elle dans l'ordre de la hiérarchie héréditaire. — Le *rhumatisme chronique ou goutteux* trouve sa place entre les deux. — Quant aux autres manifestations de l'arthritisme, telles que le rhumatisme musculaire, les névralgies rhumatismales, etc., elles sont assez peu importantes au point de vue qui nous occupe et leur existence chez les ascendants n'a qu'une valeur secondaire.

Un des caractères de la goutte héréditaire, c'est d'apparaître de bonne heure. On l'a vue se montrer dans l'enfance. Mais ordinairement elle survient entre 18 et 20 ans. La goutte acquise, au contraire, ne se produit que vers 40 ans.

Les individus prédisposés à la goutte sont sujets dès l'enfance à de l'épistaxis (Jaccoud); pendant la puberté, à des névralgies, à des migraines, à des attaques de gastralgie, au

(1) Sur 522 cas analysés par Scudamore, la transmission héréditaire de la goutte s'était produite à divers degrés 332 fois.

pyrosis, à des éruptions eczémateuses ou psoriasiformes, etc. — La femme est sujette à de la dysménorrhée. — La calvitie précoce se montre fréquemment chez les sujets de race goutteuse.

La première attaque de rhumatisme, surtout quand il n'est pas purement accidentel et acquis, mais dépend d'une prédisposition héréditaire, se montre habituellement de 15 à 20 ans. Ses récidives sont très fréquentes.

Le rhumatisme noueux chronique, primitif, goutteux, s'observe particulièrement de 40 à 50 ans. Il est plus fréquent chez la femme. Son évolution est très lente.

On peut tirer de ce qui précède les conclusions suivantes :

1° En fait d'antécédents héréditaires se rapportant à l'arthritisme, il faudra faire une sélection parmi les nombreux renseignements que donneront les proposants.

2° S'il résulte de ces renseignements que le père ou la mère, ou tous les deux, ont eu plusieurs attaques de rhumatisme articulaire aigu ou de goutte, qu'ils ont subi les déformations que le rhumatisme noueux inflige aux articulations des doigts et de la main, il y

aura de grandes probabilités pour que quelques-unes des conséquences de la transmission héréditaire se produisent chez le proposant.

3° La plupart du temps elles se seront déjà manifestées à l'âge moyen où se font les assurances, c'est-à-dire vers 40 ans.

4° S'il n'en est encore survenu aucune, l'existence dûment établie de l'arthritisme chez les parents, n'empêchera nullement le médecin d'accepter l'assurance.

5° Mais, s'il y a eu chez le postulant quelques attaques de goutte ou de rhumatisme aigu, l'influence très probable de l'hérédité sera d'un grand poids, toutes choses égales d'ailleurs, dans sa décision, parce que cette influence aggrave l'état morbide, lui donne une permanence, une portée, une tendance aux récidives, une profondeur qu'il n'a pas au même degré quand il est simplement accidentel.

6° Chez les proposants de race arthritique, il faudra rechercher l'influence de la transmission, non seulement du côté des articulations et des muscles, mais aussi du côté des viscères, et en particulier du côté du cœur, des vaisseaux et des reins.

7° Si l'on ne découvre chez le postulant aucune trace d'arthritisme nulle part, aucun trouble fonctionnel ; s'il n'a jamais eu, sous n'importe quelle forme, aucune manifestation arthritique, on devra l'accepter, malgré l'existence de la diathèse arthritique dans sa famille, surtout s'il a dépassé la cinquantaine.

V. — DIABÈTE SUCRÉ

Le *diabète sucré* doit venir après l'arthritisme dans la question de l'hérédité. Souvent, en effet, il fait partie d'un état diathésique général dont il n'est qu'une manifestation, et cet état diathésique n'est autre chose que le groupe d'affections réunies par Bazin sous le nom d'arthritisme, dont il vient d'être question. On l'a récemment élargi et étudié sous le nom de *maladies par ralentissement de la nutrition*. Il comprend la goutte, le rhumatisme, la gravelle, le diabète, et, de plus, la lithiase biliaire, l'obésité, certains engorgements du foie, de la rate et la dyscrasie hémorrhoïdale, etc.

Le diabète essentiel ou diabète vrai est donc susceptible de se transmettre par hérédité, quand il a de pareilles attaches morbides

et même quand il existe à l'état de maladie isolée. Nous avons constaté plusieurs exemples incontestables de cette transmission (1). Il y en a 5 dans le tableau de Griesinger. Seegen en a vu d'autres probants, ainsi que Marchal, Wagner, Alquié, Mialhe. D'après un travail récent de M. E. W. Pavy, l'hérédité se manifeste dans un grand nombre de cas ; il est fréquent de voir des frères et des sœurs simultanément atteints. Les recherches statistiques de l'auteur lui ont permis de constater que sur 1,360 diabétiques de sa pratique privée, 30,8 p. 100 avaient de 50 à 60 ans, et 24,9 p. 100, de 40 à 50 ans. La statistique hospitalière du même auteur ne donne pas les mêmes résultats ; la majorité des malades avaient de 18 à 40 ans.

Ainsi :

1° Il faudra toujours chercher à savoir si

(1) Tout récemment nous avons observé le cas suivant :

Proposant âgé de 57 ans, ayant vécu 9 ans en Afrique, n'ayant jamais eu ni indisposition, ni maladie, d'une santé irréprochable, et chez lequel l'examen le plus scrupuleux de tous les organes ne faisait rien découvrir, sauf du sucre en abondance dans les urines. Sa mère diabétique était morte à 75 ans. Il ne se doutait pas que lui-même était atteint de la même maladie que sa mère. L'assurance a été ajournée, ce qui équivaut presque à dire rejetée.

dans la famille du postulant il y a ou il y a eu des diabétiques.

2° L'existence de l'arthritisme chez les parents, alors même que les renseignements au sujet du diabète seraient négatifs, devra faire songer à la possibilité de cette affection chez leurs enfants. On cherchera à savoir si les frères ou les sœurs du postulant en ont été atteints.

3° La possibilité d'une transmission héréditaire du diabète ne doit pas faire rejeter l'assurance, si les urines du proposant, examinées plusieurs fois, ne contiennent pas de sucre, s'il n'y a chez lui aucune trace d'arthritisme, s'il s'est toujours bien porté et s'il a dépassé la cinquantaine.

4° Mais, s'il est avéré que son père ou sa mère sont morts de diabète, qu'il est de race arthritique, que ses frères ou sœurs sont rhumatisants, goutteux ou diabétiques, il faudra le refuser, surtout s'il y a en lui quelques-uns des attributs de l'arthritisme. Il faudra le refuser quand même sa santé serait et aurait été jusqu'alors irréprochable et qu'il ne serait pas actuellement diabétique. — On pourrait cependant l'accepter, s'il avait dépassé la cinquantaine, à plus forte raison la soixantaine.

VI. — MALADIES DU CŒUR

Une classe de maladies sur laquelle l'attention du médecin d'assurances doit toujours être en éveil, c'est celle des *maladies du cœur et du système artériel*. Ces maladies, en effet, sont fréquentes, graves, et peuvent à bref délai se terminer par la mort. De plus, elles se développent précisément à l'âge moyen où se contractent les assurances. Sans doute on en observe sous la forme aiguë dans la jeunesse et l'âge adulte ; mais elles se préparent surtout de 25 à 35 ou 40 ans et augmentent ensuite progressivement, pour atteindre la plénitude de leur développement dans la vieillesse, qui est souvent prématurée chez les personnes qui en sont atteintes. Le cœur est doué d'une sympathie réflexe si générale et si délicate, qu'il est peut-être de tous les organes de l'économie celui qui répond le plus aisément à toutes les excitations soit internes, soit externes.

Aussi, ses maladies peuvent-elles naître sous la même influence que celles des autres organes.

Mais parmi les causes des cardiopathies

organiques, la plus puissante, la plus active, la plus profonde, celle qu'il nous importe le plus ici d'étudier et de mettre en relief, c'est le rhumatisme articulaire aigu, et, après lui, toutes les affections pathogéniques qui constituent l'arthritisme et en particulier la goutte.

Il existe entre l'arthritisme et les maladies du cœur des rapports tellement étroits de cause à effet, que l'existence de cette grande diathèse chez l'un des parents, chez tous les deux ou même chez les collatéraux, implique forcément la possibilité d'une affection cardio-vasculaire chez les enfants. L'hérédité a donc dans cette classe de maladies une valeur incontestable. Toutefois, il ne faut pas la considérer au seul point de vue un peu trop étroit d'une transmission homologue. Ce n'est pas tout d'une pièce et sous la forme même où elle a existé chez les parents, que la cardiopathie passe à leur descendance. Sans doute, on voit quelquefois des pères ou des mères atteints d'hypertrophie cardiaque, par exemple, dont les enfants présenteront un jour, plus ou moins tard, la même affection. Mais, derrière les maladies du cœur, on trouvera presque toujours, en pareil cas, l'influence générale diathésique qui la do-

mine, qui la produit, et sans la transmission héréditaire de laquelle le cœur n'aurait probablement pas été touché.

Donc, lorsqu'un proposant déclare qu'un de ses parents ou tous les deux sont morts d'une maladie du cœur, on ne doit pas se contenter de cette simple affirmation pour conclure à l'hérédité, et le considérer à priori comme susceptible de présenter tôt ou tard la même affection. Il faut s'efforcer de savoir si la maladie du cœur chez les ascendants était diathésique et de provenance rhumatismale et goutteuse ; ou bien si elle était survenue accidentellement, c'est-à-dire sous l'influence de causes contingentes, et, par conséquent, infiniment moins transmissibles que les causes constitutionnelles.

Sans entrer plus avant dans ces considérations pathogéniques, nous nous bornerons à donner quelques conseils pratiques sous forme de propositions :

1° L'hérédité dans les maladies du cœur n'est ni assez générale, ni assez homologue pour faire refuser à priori un proposant dont le père ou la mère, ou même tous les deux, sont ou ont été atteints de cardiopathies organiques.

2° On regardera comme très problématique la possibilité de cette transmission héréditaire, si les parents n'ont présenté aucune trace d'arthritisme, et l'acceptation sera la règle.

3° Mais, si le proposant est de descendance rhumatismale ou goutteuse, et s'il y a eu chez les parents, outre la diathèse dans ses manifestations extérieures, une détermination précise et grave sur le centre de la circulation et sur les vaisseaux, l'hérédité en pareil cas deviendra un facteur sérieux dans la question de l'assurance.

4° Ce facteur fera rejeter l'acceptation, pour peu qu'on découvre dans le passé pathologique du proposant une affection rhumatismale même vague, légère, et qui n'aurait produit et laissé aucune lésion dans le péricarde, l'endocarde et les grandes artères.

5° S'il n'existe dans les antécédents pathologiques du proposant, issu d'arthritiques et de cardiopathes, aucune affection se rattachant de près ou de loin, directement ou indirectement, aux maladies du cœur, s'il a traversé la première moitié de la vie dans un état de santé à peu près parfait, on pourra l'accepter.

6° Mais si, tout en étant indemne du côté du cœur, ce proposant, né d'arthritiques et de cardiopathes, est sujet aux bronchites, s'il présente un état catarrhal habituel de la muqueuse broncho-pulmonaire, et, à plus forte raison, s'il a un certain degré d'emphysème, il faudra le refuser, bien que ces affections du poumon n'impliquent pas, en général et dans les circonstances ordinaires, la non acceptation.

VII. — MALADIES CHRONIQUES DU POUMON AUTRES QUE LA TUBERCULOSE

Cette dernière proposition nous conduit naturellement à étudier les maladies du poumon, autres que la tuberculose, dans leurs rapports avec l'hérédité. Ici encore, nous trouvons l'influence de l'arthritisme. Il n'est pas douteux, en effet, que beaucoup de catarrhes chroniques broncho-pulmonaires, que l'emphysème et l'asthme s'observent fréquemment chez les personnes de race rhumatismale et goutteuse. Sans doute la solidarité entre la diathèse arthritique et ces pneumopathies n'est pas aussi commune, ni aussi fatale que dans les maladies du cœur; mais elle existe à un

assez haut degré, pour que le médecin soit tenu d'en rechercher avec soin les origines dans la famille du proposant.

A cette solidarité, ajoutez-en une autre : celle qui unit par des liens étroits les affections chroniques du poumon à celles du cœur. Il y a là un complexus pathologique qui est gros de conséquences graves, et il suffira qu'un des éléments de ce complexus soit constaté, même à un léger degré chez le proposant, pour qu'on le tienne en suspicion. C'est qu'il se produit alors une espèce d'engrenage qui peut l'emporter très vite dans un cercle inévitable d'affections cardio-pulmonaires dont il ne sortira plus et qui abrègeront dans des proportions énormes la durée moyenne de son existence.

Sa vie sera bien plus menacée encore si son système artériel se trouve prématurément affecté de dégénérescence athéromateuse.

Eh bien, dans une race fortement imprégnée d'arthritisme, toutes ces éventualités sont suscesptibles de se produire. On ne les verra pas s'abattre en bloc sur tous les descendants ; mais quelques-uns n'y échapperont pas et, d'une façon ou d'une autre, soit par le

cœur, soit par le poumon, soit par les artères, ils seront entraînés progressivement, dans un délai plus ou moins long, variable suivant le nombre et la gravité des affections partielles, vers la cachexie cardio-vasculo-pulmonaire, etc., qui est une cause si grande de mortalité dans la période évolutive et surtout involutive de l'existence.

L'hérédité occupe dans toutes ces affections une place considérable. L'asthme purement nerveux, par exemple, la dégénérescence athéromateuse des artères procèdent très fréquemment de la goutte. On en peut dire autant de l'angine de poitrine.

Aussi, chaque fois qu'on soupçonnera ou qu'on verra poindre chez un proposant l'une quelconque de ces nombreuses affections pulmonaires, cardiaques, vasculaires et même nerveuses, on songera à la parenté qui existe entre elles, à l'action réciproque qu'elles exercent les unes sur les autres et à la possibilité de leurs conséquences les plus graves, quand elles sont l'émanation d'une diathèse transmise par hérédité, qui les étreint dans une puissante solidarité et les tient constamment sous sa dépendance.

Asthme

A. L'*asthme essentiel* est une névrose, et, de plus, c'est une névrose presque toujours diathésique et héréditaire. « Dartres, rhumatisme, goutte, hémorrhoïdes, gravelle, migraine, sont des affections que l'asthme peut remplacer, et qui, réciproquement, peuvent remplacer l'asthme ; ce sont des expressions différentes d'une même diathèse. » (Trousseau). — L'hérédité directe ou indirecte de l'asthme étant un fait des mieux démontrés, il faudra nécessairement en tenir le plus grand compte dans l'appréciation des risques sur la vie, mais on ne rejettera pas pour cela tout proposant parce qu'il déclarera que ses parents ont été affectés d'asthme. D'abord, l'hérédité n'en est pas fatale. Salter a trouvé des traces d'hérédité 14 fois dans 35 cas ; dans sept cas elle était directe et paternelle. L'ordre de fréquence dans l'apparition de l'asthme essentiel est le suivant : 1° les vingt premières années ; 2° la vieillesse ; 3° l'âge adulte. — Sur 47 cas, Salter en a eu 15 de 10 à 30 ans, 9 de 30 à 50 ans, et 4 de 50 à 60 ans.

Donc, à l'âge moyen de 40 ans, où se fait

l'assurance sur la vie, on pourra très bien accepter un proposant qui n'a eu jusque-là aucun accès d'asthme, même quand il fournirait les renseignements les plus précis sur l'asthme essentiel dont auraient été atteints l'un ou l'autre de ses parents ou même tous les deux.

Mais, comme la transmission de l'asthme n'est pas toujours homologue, il faudra étudier avec soin du côté du cœur, des vaisseaux et du système nerveux du proposant, les autres affections rhumatismales ou goutteuses qui auraient pu, sous une autre forme que l'asthme, lui être transmises par ses parents. S'il n'en existe aucune trace, on l'acceptera. Si, au contraire, il y a quelques lésions, quelques troubles fonctionnels, ici ou là, dans les appareils cardio-pulmonaires et nerveux, on fera des réserves, à moins toutefois que ces troubles et ces lésions ne soient absolument insignifiants.

Emphysème pulmonaire

B. L'*emphysème* qui se complique très fréquemment d'asthme nerveux et de catarrhe bronchique, si bien que cette trilogie patho-

logique constitue une entité dans laquelle les éléments coexistent en proportions variables ; l'emphysème est lui aussi une affection diathésique et héréditaire, dans un grand nombre de cas, quand il est bien spontané et ne provient pas exclusivement de causes mécaniques. Louis, Waters et d'autres après eux, ont tous repoussé sur ce point la statistique de Jackson, qui a constaté 20 fois la transmission héréditaire chez 28 emphysémateux. Sur 50 individus qui n'étaient pas emphysémateux, ce médecin n'a constaté que 3 fois l'emphysème chez les ascendants. — Si cette proposition était rigoureusement exacte, il faudrait refuser l'assurance sur la vie à tout proposant qui affirmerait que l'un de ses parents ou tous les deux étaient emphysémateux. Il le faudrait d'autant plus que l'emphysème qui est rare dans l'enfance, s'observe fréquemment dans l'âge adulte et qu'il est très répandu dans la période d'involution de l'existence. Néanmoins, nous pensons qu'on ne doit prendre au pied de la lettre ni les statistiques, ni les renseignements plus ou moins vagues que les proposants peuvent donner sur l'emphysème de leurs parents. Sans doute, il est bon d'en

tenir compte, et ils seront d'un grand poids dans notre appréciation, pour peu qu'il existe déjà chez les sujets quelques symptômes d'affection broncho-pulmonaire chronique ou à répétitions fréquentes. Mais si sa poitrine est bien conformée et ne présente pas la dilatation particulière aux emphysémateux, si l'inspiration et surtout l'expiration sont normales, si le centre circulatoire est intact ainsi que les vaisseaux, s'il est arrivé à l'âge de 40 ans sans présenter aucun trouble fonctionnel respiratoire, on devra l'admettre, ses deux parents fussent-ils déclarés par lui emphysémateux et catarrheux.

VIII. — ANGINE DE POITRINE

L'angine de poitrine chez les parents ne se transmet pas fatalement à leurs descendants. L'hérédité en pareil cas n'est pas toujours homologue. Cependant, sous cette forme, elle est très évidente pour l'angine d'origine goutteuse. Mac Bride et Hamilton l'ont nettement signalée et observée. Dans une observation de Gaume, la maladie se développa à l'âge de 50 ans, chez un individu goutteux dont le père était mort pendant une

attaque d'angine de poitrine. Cette affection qui expose à la mort subite présente une pathogénie très complexe. Son développement est favorisé par les affections du cœur, de l'aorte, et surtout des artères coronaires, par le rhumatisme, la maladie hémorrhoïdaire, la dyspepsie habituelle, l'ossification des cartilages costaux, l'inflammation du médiastin, le squirrhe de l'œsophage, la surcharge graisseuse du cœur, l'abus du tabac, etc.

Ce grand nombre de facteurs et de coïncidences pathogéniques qui la produisent, la préparent ou l'accompagnent font rarement tous défaut chez les personnes qui doivent en être atteintes. Dans certains cas aussi l'angine est une des formes possibles de l'épilepsie larvée, de même qu'elle est une des manifestations de la goutte.

Voilà donc, outre l'hérédité avec ses éventualités plus ou moins probables, beaucoup de données pour résoudre la question d'admissibilité ou de refus à l'assurance sur la vie. Supposons qu'un proposant déclare que son père est mort, à n'en pas douter, d'angine de poitrine. Faudra-t-il pour ce fait seul le refuser, s'il n'y a chez lui aucun trouble fonctionnel, aucune lésion organique,

s'il paraît exempt de toute tare héréditaire ? Nous ne le pensons pas. Mais, comme il existe, en pareil cas, des chances de mort subite, le médecin exposera à la Compagnie ce qu'il y a de mystérieux, de foudroyant et d'impossible à prévoir en fait d'angine de poitrine sans lésion matérielle. — Il mettra en parallèle, d'un côté les probabilités héréditaires, d'un autre côté le parfait état de santé actuelle chez le proposant, et il lui laissera la responsabilité du refus ou de l'acceptation.

Mais, s'il existe chez le proposant, issu d'un père ou d'une mère morts d'angine de poitrine, le moindre trouble fonctionnel de l'appareil cardio-pulmonaire, le moindre soupçon d'altération matérielle du côté de l'aorte, du cœur ou même des vaisseaux périphériques, ou un vestige, fût-il insignifiant, de la diathèse rhumato-goutteuse, il n'hésitera pas à rejeter l'acceptation.

Du reste, il se trouvera rarement dans l'embarras au sujet de cette grave affection, car elle est très rare. M. Gilbert Blanc, en effet, sur 3,813 malades de sa clientèle privée, n'a vu, pendant 16 ans, que 21 cas se rapportant aux palpitations simples et

à l'angine de poitrine, et, sur ces 21 malades, 4 seulement sont morts. Voilà pour la classe riche. Quant à la classe pauvre, elle est encore moins maltraitée, car le même médecin, sur 3,835 individus traités à l'hôpital Saint-Thomas, n'a vu que 3 cas de palpitations simples et pas un cas d'angine de poitrine.

IX. — ARTÉRIO-SCLÉROSE

Une affection dont le rôle est de premier ordre dans l'ensemble des causes morbides qui produisent la vieillesse prématurée, affaiblissent la vitalité de tout l'organisme, portent atteinte à la structure des organes, et en définitive, abrègent considérablement la durée de l'existence, c'est celle désignée sous le nom de *dégénérescence athéromateuse* des artères, *d'artério-sclérose*. Généralement les personnes qui ont le système artériel malade dans les gros troncs et dans les petites ramifications ne vivent pas longtemps. Pour montrer toute l'importance de cette grave dégénérescence, il suffit de jeter un coup d'œil rapide sur ses causes et sur ses effets. Dans un très grand nombre de cas, c'est sous l'influence des diathèses rhumatismale et goutteuse que l'athé-

rome se développe. Presque tous les athéromes observés dans la jeunesse ou à la période moyenne de la vie, appartenaient à des individus qui avaient subi antérieurement des attaques de goutte ou de rhumatisme, ou dont les ascendants avaient été atteints par ces affections diathésiques.

Après le rhumatisme, la cause la plus commune de l'athérome artériel est l'alcoolisme. Puis viennent l'intoxication saturnine, l'infection syphilitique, etc., etc., sans compter la dégénérescence progressive des artères qui est le fait de l'involution organique.

Parmi les effets de cette grande affection, il faut faire entrer, en première ligne, le ramollissement et l'hémorrhagie du cerveau, un grand nombre d'affections organiques du foie, des reins, certaines cardiopathies, des thromboses, des embolies, des infractus, etc.

D'après ce simple énoncé, il est permis de dire que la dégénérescence athéromateuse des artères doit se présenter à l'esprit du médecin dans tous les cas qui sont soumis à son examen pour l'assurance sur la vie, à moins que les proposants ne soient extrêmement jeunes. Or, comme l'athérome procède la plupart du temps de causes générales transmis-

sibles par hérédité, il faudra rechercher avec soin si les parents n'en ont pas été atteints. Malheureusement, on ne peut obtenir en général que des renseignements très vagues et fort incomplets, car l'athérome n'est pas une affection limitée, précise et connue du vulgaire comme la phtisie par exemple ou le cancer. C'est une cause morbide qui est derrière et au-dessus d'autres maladies qui la masquent et occupent le premier plan.

Le médecin doit être assez perspicace pour la deviner chez les ascendants, sans qu'on la nomme. S'il arrive à la certitude de son existence chez le père ou la mère du proposant, il la fera entrer en ligne de compte dans son appréciation et il en poursuivra aussi loin que possible la recherche sur tous les points du système artériel. A cet égard il n'y a aucune proposition formelle à émettre, jusqu'au moment où nous étudierons les signes et les conséquences de l'athérome, ainsi que ses conditions pathogéniques en dehors de l'hérédité.

X. — MALADIES DES REINS

Parmi les maladics des reins, il y en a un

grand nombre qui dépendent de causes accidentelles ; mais quelques-unes, et ce ne sont pas les moins importantes, proviennent de causes générales diathésiques susceptibles de se transmettre par hérédité. Ici l'hérédité n'est pas homologue, au moins dans la plupart des cas.

Néphrite albumineuse

A. Ainsi, parce qu'un père est mort de *néphrite albumineuse*, ce n'est pas une raison pour que ses enfants soient atteints de cette affection. Mais les causes générales qui l'ont produite chez les parents, directement ou indirectement, telles que la goutte en première ligne, la tuberculose, la scrofule, l'alcoolisme, l'artério-sclérose, constituent un ensemble pathologique capable d'engendrer chez les enfants, outre les affections rénales, un grand nombre d'autres maladies qui émanent plus ou moins de la même source. L'antécédent, maladies des reins, qu'il s'agisse de maladie de Bright, de gravelle, de néphrite calculeuse, de néphro-pyélite consécutive à une affection des voies urinaires, etc., constitue donc une circonstance étiologique

considérable et dont il faut tenir grand compte dans l'appréciation des risques.

Gravelle

B. Presque tous les auteurs sont d'accord pour admettre que la *gravelle* est héréditaire. Rien d'étonnant à cela, puisque la gravelle est souvent une manifestation de la diathèse goutteuse qui se transmet si facilement. Aussi en a-t-on conclu, avec quelque raison, que l'hérédité n'était pas étrangère à la formation des calculs dans la vessie. La pratique de tous les jours fait voir des malades dont les parents ou les aïeux ont été attaqués de la pierre. Néanmoins, quelques médecins et, entre autres Civiale, font des réserves à cet égard. — Mais peu importe ; il n'en est pas moins certain que toute une classe d'affections de l'appareil urinaire occupe une grande place parmi les maladies qui se transmettent par hérédité. — Ces affections sont beaucoup plus communes chez les hommes que chez les femmes. Dans l'appréciation des risques de ce côté là, on devra donc beaucoup moins se préoccuper de ces dernières.

Mais, parce qu'un proposant du sexe mas-

culin aura ou aura eu son père atteint d'une maladie de l'appareil urinaire, sera-ce une raison suffisante pour le refuser ?

Non, car ici la fatalité héréditaire est certainement moins prononcée que dans d'autres maladies. La non acceptation reposerait sur une base indécise et souvent hypothétique.

On conclura de ce qui précède qu'en pareil cas le médecin doit pousser très loin ses investigations du côté de l'appareil urinaire, examiner avec grand soin les urines par les procédés ordinaires, et, si ces procédés ne suffisent pas, *exiger* une analyse qualitative et quantitative faite par un chimiste expert.

On devra se montrer d'autant plus sévère, que la plupart des maladies graves de l'appareil urinaire se développent souvent après l'époque moyenne de la vie où se contractent les assurances.

XI. — MALADIES DU FOIE

Les *affections du foie* occupent un degré encore moins élevé que celles de l'appareil urinaire dans l'échelle hiérarchique des transmissions héréditaires. La lithiase biliaire qui

est plus fréquente chez la femme, entretient souvent avec la lithiase urinaire des rapports étroits, et ces deux manifestations éclatent successivement chez un même individu, ou bien se développent simultanément dans une même famille où elles sont héréditaires. Les causes déterminantes de la lithiase biliaire échappent souvent. Presque toujours elles sont dominées par une prédisposition particulière de l'individu qui se rattache à la diathèse arthritique, goutteuse ou rhumatismale.

Mais les maladies du foie les plus communes et les plus graves, qui constituent le groupe des cirrhoses hépatiques, ont beaucoup moins à voir que les précédentes avec l'hérédité. Elles sont principalement produites par l'alcoolisme.

Le cancer du foie est la seule affection qui, bien constatée chez les parents du proposant, pourrait faire hésiter pour l'acceptation. Nous concluons néanmoins que le seul fait d'une maladie du foie chez le père, la mère, ou tous les deux, ne doit jamais être une raison suffisante de refus.

Les affections de la rate, qui ont des affinités si grandes avec celles du foie, ne

méritent aucune mention spéciale comme hérédité.

L'impaludisme, la syphilis, l'alcoolisme qui jouent un rôle pathogénique prépondérant dans les maladies de l'appareil spléno-hépatique, étendent beaucoup plus loin, surtout les deux derniers, la sphère de leur action morbigène. Ils occupent une place considérable et même de premier ordre dans la pathologie des maladies chroniques. Envisageons-les donc au point de vue de la transmission héréditaire.

XII. — IMPALUDISME

Pour l'*impaludisme*, cette transmission n'existe qu'à un faible degré et ne s'exerce point sur la forme homologue. Cependant, dans les cas où l'empoisonnement palustre a produit chez les personnes qui y ont été exposées pendant longtemps, non pas seulement des accès de fièvre intermittente plus ou moins répétés, mais une véritable diathèse, une cachexie, avec engorgement chronique de l'appareil spléno-hépatique, anémie profonde, anasarque, épanchements séreux splanchniques, etc., il en résultera une vicia-

tion de la race, une dégénérescence particulière dont on trouve de trop nombreux exemples dans les pays où les fièvres palustres sont endémiques. Les médecins d'assurances qui exercent dans ces milieux devront tenir compte chez les proposants, non seulement de la maladie acquise, mais aussi de la débilité organique transmise par hérédité. En France et dans les grandes villes, on rencontre rarement de pareils cas. On voit plutôt ceux d'impaludisme acquis dans nos colonies; nous nous en occuperons plus tard. Toutefois, si un proposant déclarait que ses parents ont été atteints et sont morts d'impaludisme, on devrait tenir en suspicion sa vitalité, et il faudrait le refuser pour peu qu'il existât chez lui des signes d'anémie, parce que ce ne serait pas là une anémie transitoire, mais probablement constitutionnelle, qui pourrait se compliquer ultérieurement et devenir une cachexie irrémédiable. Hors ces cas tout à fait exceptionnels, les proposants seront acceptés, s'il n'y a contre eux que l'intoxication paludéenne chez leurs parents, sans aucun effet visible de transmission héréditaire.

XIII. — SYPHILIS HÉRÉDITAIRE

Si l'hérédité homologue est faible, très faible, nulle le plus souvent dans l'impaludisme, elle atteint dans la *syphilis* sa plus haute puissance, et la transmission se fait sous le mode homologue le plus absolu. Cependant l'hérédité de cette grande maladie infectieuse ne compte pour ainsi dire pas dans la question des assurances sur la vie, et cela pour plusieurs raisons. La première, c'est que la syphilis héréditaire ne se manifeste, dans l'immense majorité des cas, que pendant les premiers mois de l'existence, du premier mois révolu au troisième principalement.

Il est vrai que le cercle de la syphilis héréditaire a été singulièrement élargi depuis ces dernières années. De recherches récentes, il semblerait résulter que les accidents tardifs, peut-être plus fréquents dans le sexe féminin et résultant uniquement d'une infection héréditaire, pourraient être rencontrés à tous les âges. Sur 93 cas de syphilis héréditaire tardive, 9 sujets étaient âgés d'au moins 40 ans, un avait dépassé la soixantaine (Augagneur).

Mais tous ces faits curieux, exceptionnels, dont quelques-uns sont fort problématiques, n'ont que peu d'importance dans les assurances sur la vie, où l'on n'a à juger que les faits de syphilis acquise, ce qui n'est pas toujours une tâche facile.

D'ailleurs, quel est le médecin d'assurances qui posera jamais au proposant, homme ou femme, et surtout femme, cette étrange question : votre père et votre mère ont-ils eu la syphilis? Et d'autre part, quel est le proposant qui viendra dire, à supposer qu'il le sache, que ses parents ont eu cette maladie? Et en admettant que le médecin eût acquis, d'une façon ou d'une autre, la certitude que la syphilis a existé chez le père et la mère du proposant, il devrait tenir l'influence héréditaire comme nulle, si, à l'âge moyen de 35 ou 40 ans et même plus tôt, elle n'avait donné lieu à aucune manifestation. Si le proposant était atteint de syphilis tertiaire, le médecin n'aurait point à s'enquérir de sa provenance héréditaire ou acquise. Le voulût-il qu'il ne le pourrait pas. Aussi la question de l'hérédité syphilitique, qui est si intéressante à tant d'égards, ne le mettra jamais dans l'embarras, car ses manifestations

surviennent à une époque de la vie où on ne contracte point d'assurances.

XIV. — ALCOOLISME

L'*alcoolisme* est une des intoxications les plus graves. Les accidents qu'il produit sont nombreux, divers et fréquents. On peut dire que presque tous les organes de l'économie subissent plus ou moins ses atteintes et qu'il est la source de troubles fonctionnels, de dégénérescences qui ne frappent pas seulement l'individu, mais qui se transmettent aussi à ses enfants par hérédité. La question de l'hérédité dans l'alcoolisme est beaucoup plus importante que dans la syphilis et l'impaludisme au point de vue des assurances sur la vie. Mais ses conséquences sont difficiles à saisir et à préciser chez les sujets issus de parents alcooliques. Ajoutez à cela que le proposant n'avouera pas toujours qu'il est issu d'alcooliques.

Mais, admettons que le fait soit dûment établi. Qu'en devra conclure le médecin d'assurances ?

1° Si le proposant a toujours joui d'une

santé parfaite, s'il est exempt de toute tare constitutionnelle ou acquise, s'il *affirme* qu'il n'a pas d'habitudes alcooliques et qu'il n'est pas *enclin* à en avoir, on devra l'accepter, alors même qu'un de ses parents ou tous les deux auraient été victimes d'un alcoolisme plus ou moins funeste pour eux-mêmes.

2° Si le proposant issu de parents alcooliques présente, même à un faible degré, quelques perturbations du côté du système nerveux ; s'il paraît mal équilibré de ce côté-là, et, à plus forte raison, s'il a eu quelques atteintes de névropathie ; si par sa profession, par son milieu, il est exposé à l'intempérance, la question de l'hérédité devra peser d'un grand poids dans l'appréciation du médecin.

3° Il ne devra pas oublier, en effet, que dans les aveux sur l'alcoolisme, les proposants sont disposés aux restrictions ; qu'ils atténuent quand ils ne cachent pas, et que, sous les apparences d'une santé normale chez les descendants d'alcooliques, il existe souvent des prédispositions aux névroses les plus graves, des dyscrasies encore latentes et qui ne demandent qu'une occasion pour entrer en jeu, des germes de dégénérescences organiques qui trouveront leur opportunité à un âge plus

avancé, s'il elles n'existent pas au moment de l'examen ou ne se sont pas montrées auparavant.

4° La sévérité dans l'appréciation de pareils cas s'impose donc au médecin ; et, pour peu qu'il ait le moindre doute sur les risques de l'assurance, comme il y a en pareille matière beaucoup de circonstances aléatoires, imprévues, non calculables, il exposera et pèsera les raisons pour et les raisons contre et les soumettra à la Compagnie.

L'alcoolisme occupe une grande place dans la pathogénie des névroses, soit directement chez celui qui s'alcoolise, soit indirectement dans sa descendance. Nous allons le retrouver au sujet des considérations fort importantes pour l'assurance sur la vie qu'exige la question de l'hérédité névropathique.

XV. — HÉRÉDITÉ DANS LES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX

Cette question de l'hérédité dans les maladies du système nerveux a pris depuis quelques années un développement immense. En même temps qu'elle s'étendait, elle acquérait, grâce aux investigations incessantes des mé-

decins aliénistes et de ceux qui ont concentré leurs études sur la pathologie nerveuse, une profondeur, une précision, une portée qu'on soupçonnait à peine il y a moins d'un demi siècle.

Dans un traité pratique et qui n'a pour but que la question des assurances sur la vie, nous exclurons tout ce qui n'est encore qu'à l'état d'hypothèse, de théorie, et nous n'accepterons, sur un terrain où il est si facile de s'égarer, que ce qui est positif et bien péremptoirement démontré par l'expérience.

Pour se rendre compte de l'hérédité dans les maladies du système nerveux, en mesurer toutes les conséquences, en suivre la filiation et en découvrir la source, il faut bien se pénétrer de ce fait général, à peu près admis aujourd'hui par tout le monde, c'est que ces maladies ont une origine commune.

Tout porte à croire qu'au-delà et au-dessus de telle ou telle forme névropathique, il existe une maladie nerveuse primordiale et unique, dont toutes les autres émanent et ne sont que des variations. Par l'hypothèse très fondée d'une famille neuro-pathologique on explique facilement les liens de parenté qui

existent entre les vésanies et les grandes névroses, l'épilepsie, l'hystérie ou bien la paralysie générale, etc. En un mot, la plupart des maladies nerveuses, avec ou sans lésions accessibles actuellement à nos moyens d'investigation, procèdent d'une même famille, ont un même point d'origine et un facteur commun essentiel : *l'hérédité*.

Que le médecin d'assurances ne circonscrive donc pas ses investigations dans la recherche unique de telle ou telle névropathie qui lui est avouée par le proposant. Qu'il sache bien que toutes les névropathies peuvent alterner, former de nombreuses combinaisons, se modifier les unes les autres par leur passage à travers des générations successives ; que l'existence d'une seule chez les ascendants implique la possibilité, non pas seulement de la même chez les descendants, mais de plusieurs autres plus ou moins semblables à la maladie originelle, etc.

Aussi toutes les formes de l'hérédité se rencontrent-elles dans les maladies nerveuses. Elle y est : 1° directe ou immédiate ; 2° avec prépondérance des caractères ; 3° en retour ; 4° aux périodes correspondantes de la vie.

Dans chacun de ces cas, elle est similaire ou dissemblable. (1)

§ I. — *Hérédité dans les névropathies avec lésions matérielles*

Occupons-nous d'abord de l'hérédité dans les affections du système nerveux qui ne consistent pas seulement en troubles fonctionnels, mais qui ont pour substratum des lésions anatomiques.

Paralysie générale

A. — L'hérédité comme facteur étiologique de la *paralysie générale* est universellement admise. Qu'elle se produise sous la forme congestive ou névropathique, elle n'en est pas moins incontestable, mais elle est rarement

(1) L'hérédité directe et avec prépondérance des caractères, s'observe souvent. L'hérédité en retour ou atavisme est également commune ; cette hérédité en retour ne se fait pas seulement en ligne directe, elle se reproduit souvent sous la forme indirecte ou collatérale. Enfin l'apparition de l'affection à certaines périodes de la vie (hérédité homochrone), est assez souvent observée dans les maladies du système nerveux (Déjerine).

Voir l'excellente thèse de ce médecin sur *l'hérédité dans les maladies nerveuses.*

directe et similaire ; la plupart du temps elle est dissemblable et souvent collatérale. Ainsi, dans une même famille névropathique, on peut voir alterner la manie, la folie suicide, l'épilepsie, la paralysie générale.

La transmission héréditaire de cette grave affection n'est pas fatale. Il y a même des auteurs qui l'ont considérée comme nulle ou du moins comme exceptionnelle. — Sur 75 personnes atteintes de paralysie générale, 3 avaient eu comme ascendants des aliénés, 3 des alcoolisés chroniques, 3 des apoplectiques, et un une hystérique (Auguste Voisin). — D'un autre côté, il est prouvé que les descendants des paralytiques généraux présentent différents troubles du côté du système nerveux, qui ont plus ou moins de parenté avec les diverses formes de la folie ou qui se formulent parfois en névroses précises, telles que l'hystérie et l'épilepsie (Magnan).

Sans entrer dans d'autres développements, tirons de ce qui précède les conclusions suivantes :

1° Par ce fait seul qu'un proposant est né d'un paralytique général, il se trouve exposé, mais non fatalement condamné aux nombreu-

ses affections nerveuses qui constituent en pathologie ce que M. Ch. Féré a très heureusement appelé la *famille névropathique.*

2° Ce n'est pas une raison suffisante pour l'exclure de l'assurance sur la vie; mais on ne l'acceptera qu'autant que sa santé générale et son fonctionnement nerveux auront toujours été et seront intacts à la période moyenne de l'existence.

3° Malgré ces conditions d'une garantie suffisante au premier abord, il serait peut-être prudent de le refuser, si la tare héréditaire avait engendré autour de lui, parmi ses frères et sœurs, des névropathies graves et mortelles. — On ne l'accepterait que s'il n'existait chez eux que ces troubles nerveux superficiels, vagues, fugaces, qui sont simplement l'indice d'un tempérament nerveux.

4° S'il y avait dans les antécédents propres au proposant une maladie constitutionnelle comme le rhumatisme et la syphilis, il serait prudent de le refuser, alors même que ces diathèses ne sembleraient l'avoir que très peu touché, alors même que l'hérédité de la paralysie générale serait restée à l'état virtuel et ne menacerait pas d'en sortir.

Ataxie locomotrice

B. — L'*ataxie locomotrice* ou *tabes dorsal* est assez fréquemment associée à la paralysie générale, ce qui semble démontrer que ces deux maladies ont une origine commune et dérivent de la même souche nerveuse. Aussi l'hérédité joue-t-elle un rôle considérable dans l'étiologie du tabes. Mais cette hérédité n'est presque jamais similaire ; on n'a guère publié, en effet, de cas démontrant d'une façon péremptoire que l'affection a été transmise directement des parents aux enfants. — Si on n'hérite pas du tabes, on hérite au moins d'une prédisposition.

D'après M. Charcot, l'étiologie du tabes est avant tout une question d'hérédité. Lorsque le tabes se développe dans la jeunesse, c'est alors surtout une preuve, d'après ce savant pathologiste, que l'hérédité des ascendants est certaine, et que les autres causes invoquées, la syphilis entre autres, doivent être rangées parmi les causes adjuvantes mais non primordiales.

On a beaucoup discuté sur la place qu'occupe la syphilis dans la pathogénie de la

sclérose médullaire postérieure. Il est incontestable que, dans un grand nombre de statistiques, les antécédents syphilitiques chez les tabétiques ont une forte supériorité numérique sur les autres. A Paris, du moins, c'est la règle. Ce fait sur lequel on est d'accord ne se retrouve au même degré dans aucune des autres affections systématiques ou non du système nerveux.

Toutefois la syphilis ne paraît point être toujours la cause directe du tabes. « Il faut bien reconnaître, dit M. Vulpian, l'existence d'une prédisposition spéciale, d'une idiosyncrasie particulière chez les malades atteints d'ataxie, même à la suite des causes les moins contestables, à la suite par exemple de la syphilis. Autrement on ne s'expliquerait pas comment l'ataxie est en somme une conséquence relativement rare de ces causes, de la syphilis entre autres. » (Mal. du syst. nerv., t. I., p. 241).

Ce qui est hors de doute, c'est que le tabes se rencontre quelquefois dans une même famille, associé à des névroses telles que la monomanie, l'hypochondrie, l'épilepsie, l'aliénation mentale, les pertes séminales, etc.

Dans une statistique importante, compre-

nant 101 cas de tabes, MM. Landouzy et Ballet ont constaté que le facteur hérédité surpassait comme fréquence le facteur syphilis, et que cette hérédité nerveuse comprenait toutes les formes de névropathie chez les ascendants. Dans une famille de dégénérés, dont M. Pick a publié récemment l'histoire, l'ataxie chez deux frères était proche parente de l'aliénation mentale, de l'idiotie, de l'épilepsie, de la chorée et des malformations physiques.

Toutes les recherches modernes tendent à démontrer de plus en plus que le tabes appartient à la grande famille neuro-pathologique. On y observe assez fréquemment des troubles psychiques d'ordres divers, qui seraient caractérisés, d'après M. Rougier, par un délire de persécution, uni à un état lypémaniaque à forme remittente, apparaissant en général avec les troubles céphaliques du tabes, disparaissant avec eux, etc.

Une mère épileptique engendra trois enfants : l'un devint ataxique, l'autre paralytique général, le troisième dégénéré supérieur (Siredey). — D'autres fois un père paralytique général engendre un tabétique et une choréique (Babinski). — D'autrefois encore,

l'hérédité est collatérale : les parents sont plus ou moins indemnes, mais on retrouve des affections nerveuses dans leurs collatéraux.

La prédisposition héréditaire sans laquelle, dans la plupart des cas, le tabes ne se développerait point, paraît toutefois insuffisante pour le produire à elle toute seule. Il faut qu'une cause accessoire vienne mettre en jeu la tare héréditaire qui conduit à l'ataxie. On a signalé, dans cet ordre étiologique, le traumatisme. On a incriminé les excès génitaux, le coït debout, etc. Mais, ne fait pas des excès de coït qui veut. Ces excès qui se rencontrent souvent chez des névropathes sont quelquefois un des premiers symptômes du tabes. La syphilis dont il a été question plus haut et le rhumatisme passent à bon droit, surtout la première, pour être les principales causes adjuvantes du tabes chez les prédisposés héréditaires. — MM. Rosenthal et Leyden considèrent le refroidissement comme la cause la plus directe et la plus fréquente du tabes : 73 fois o[o (Rehlen), 53 fois o[o (Belugou). Cependant on ne trouve point en général dans les lésions viscérales des tabétiques, celles de l'arthritisme et de l'artériosclérose. Les tabétiques ne sont point des

polyscléreux précoces, ni d'emblée et dès le début de leur affection ; ils ne le deviennent qu'avec les progrès de l'âge.

L'ataxie locomotrice est beaucoup plus fréquente chez les hommes que chez les femmes. Très rare dans l'enfance, elle est observée surtout chez les individus arrivés à la période moyenne de la vie, entre 20 et 40 ans. Trousseau en a constaté un cas chez un vieillard de 80 ans.

L'importance de cette grande question du tabes justifie les développements que nous lui avons accordés. Voici quelles sont les conclusions qu'on en peut tirer relativement aux assurances sur la vie.

1° L'existence de l'ataxie locomotrice progressive ou tabes dorsal, chez le père ou la mère du proposant, est un antécédent héréditaire d'une grande valeur.

2° Il n'implique pas fatalement toutefois que le proposant deviendra tabétique, mais il lui transmet une tare névropathique qui le classe dans la grande famille neuro-pathologique.

3° S'il a dépassé la quarantaine, sans avoir eu aucune affection nerveuse, si sa santé a

toujours été bonne, et s'il est placé dans des conditions hygiéniques convenables, et surtout s'il est exempt de tout vice rhumatismal et syphilitique, on pourra l'accepter.

4° L'acceptation, malgré ces circonstances favorables, ne serait pas prudente, si le proposant, issu de tabétiques, avait des névropathes déclarés parmi ses frères ou ses sœurs.

5° Il faudra presque toujours refuser un proposant issu de parents tabétiques qui serait rhumatisant, même à un léger degré, ou exposé au froid par sa profession et par sa résidence.

6° Le refus devra être formel pour tout proposant issu de parents tabétiques qui aura contracté la syphilis, cette syphilis eût-elle été très légère et ne se fût-elle manifestée depuis longtemps par aucun accident spécifique.

7° L'acceptation d'un proposant issu de tabétiques ne sera faite qu'après une exploration complète du fonctionnement nerveux. Il faudra rechercher avec le plus grand soin s'il n'existe pas chez lui les formes atténuées et frustes de cette maladie, s'assurer de l'intégrité de la vue et des muscles moteurs de

l'œil, des fonctions génito-urinaires, du réflexe rotulien, etc. (1).

Les maladies du système nerveux et les lésions matérielles qu'il nous reste à étudier se rattachent beaucoup moins directement que les précédentes, par l'hérédité, à la famille neuro-pathologique. Il y a bien en elles, sans aucun doute, une prédisposition qui provient de la transmission héréditaire, mais cette prédisposition est indirecte, médiate, et par

(1) Il existe une forme de sclérose diffuse de la moelle et du bulbe qui a été décrite par Friedrich, sous le nom d'*ataxie héréditaire*. On l'appelle aujourd'hui maladie aiguë de Friedrich. Bien que se rapprochant du tabes ordinaire, cette maladie de la moelle constitue une entité morbide distincte. On y observe si souvent l'hérédité similaire directe ou collatérale, qu'elle fait pour ainsi dire partie de ses symptômes. Mais on a aussi signalé dans les antécédents des malades : l'hémiplégie brusque, l'alcoolisme aigu et chronique, la paralysie générale, l'aliénation mentale, etc. M. Vizioli a constaté, dans deux familles, qu'il existait des liens héréditaires entre cette maladie et la syphilis, l'arthritisme, le nervosisme. Le médecin d'assurances se trouvera très rarement et peut-être jamais appelé à se prononcer sur la santé de proposants qui signaleront la *maladie de Friedrich* ou l'*ataxie héréditaire* dans leurs antécédents. Mais par cela même que l'hérédité est un de ses principaux attributs, il faut que le médecin, sur ce point et sur les autres, sache à quoi s'en tenir. — C'est du reste une affection de la jeunesse et de la puberté.

Atrophie musculaire progressive (type Aran-Du-

conséquent beaucoup plus fortuite. Elle est subordonnée à d'autres diathèses que la diathèse névropathique. Nous avons dit plus haut quelques mots de cette hérédité du second degré ; il est utile d'y revenir.

Pour le cerveau, les deux grandes maladies qui rentrent dans cette catégorie et qu'on trouve fréquemment dans les familles des proposants, sont l'*hémorrhagie cérébrale* et le *ramollissement*.

chenne et type scapulo-huméral de Vulpian). L'hérédité n'est pas démontrée dans cette téphro-myélite chronique.

Paralysie labio-glosso-laryngée. — Dans cette affection non plus, elle ne l'est pas.

Atrophies musculaires indépendantes de lésions du système nerveux. — Dans ces atrophies musculaires, l'hérédité est au contraire la règle. Elle est très commune dans l'atrophie musculaire progressive de l'enfance, de Duchenne de Boulogne. Il en est de même pour d'autres formes, la pseudo-hypertrophie, *le type Leyden-Mobïus, la forme juvénile* de Erb. — Là encore l'âge où se développent les affections les rend insignifiantes aux yeux du médecin d'assurances; mais il faut cependant les signaler

Maladie de Thomsen ou crampes toniques des muscles volontaires, mystonie (Erb), spasme musculaire au début des mouvements volontaires (Ballet et Marie) fait partie des affections dans lesquelles l'hérédité directe similaire appartient au complexus spasmodique. Thomsen, dans sa propre famille, l'a poursuivie à travers cinq générations. Quoique héréditaire directe et collatérale au premier chef, elle a aussi des relations avec d'autres affections nerveuses : psycho-

Énumérons leurs causes, pour mettre en évidence le sens et l'importance qu'on doit attacher en pareil cas à l'hérédité.

Hémorrhagie cérébrale

C. — Dans la grande majorité des cas d'*hémorrhagie cérébrale*, on trouve des anévrysmes miliaires qui ne sont pas toujours le résultat d'une lésion produite par le fait de la

pathies diverses, épilepsie, paralysie pseudo-hypertrophique. — La maladie de Thomsen n'en est pas moins au premier rang parmi les névropathies à hérédité similaire et elle rentre dans la grande famille neuro-pathologique.

Dans la *maladie de Charcot* (sclérose latérale amyotrophique) on n'a pas rencontré jusqu'ici, chez les ascendants ou chez les descendants des malades, de transmission héréditaire soit similaire soit dissemblable.

Dans les *scléroses combinées* ou scléroses de plusieurs faisceaux blancs de la moelle, on ne sait rien de l'influence héréditaire.

Dans le *Tabes dorsal spasmodique*, l'hérédité s'observe fréquemment et l'affection rentre dans la famille névropathique.

Myélites de l'axe gris antérieur, paralysie infantile, paralysie spinale aiguë de l'adolescence. Ce sont des téphro-myélites qui se développent souvent sur un terrain nerveux. L'âge auquel elles surviennent leur enlève toute importance dans la question de l'assurance sur la vie.

vieillesse, mais qui s'observent aussi à d'autres âges, ce qui leur donne une signification beaucoup plus grande au point de vue de l'assurance sur la vie. Toutefois, l'hémorrhagie cérébrale est d'autant plus fréquente que l'âge est plus avancé. — Voici une statistique de 229 cas qui pourra donner une idée de sa fréquence suivant les âges : 1 cas avant 20 ans ; 7 entre 20 et 30 ; 17 entre 30 et 40 ; *172 entre 40 et 60* ; 24 de 60 à 70 ; 5 de 70 à 80 ; 3 au-dessous de 80 (Hammond). — L'hémorrhagie cérébrale est plus fréquente chez les hommes que chez les femmes : sur 700 malades, Gintrac a trouvé 401 hommes et 299 femmes ; sur 229 cas, Hammond a compté 153 hommes et 76 femmes, et Falret, 1660 hommes et 637 femmes sur 2297 cas.

Il importerait au plus haut degré de savoir quelles sont les causes secondes de l'hémorrhagie, c'est-à-dire les conditions pathogéniques qui président au développement des anévrysmes miliaires. C'est une question encore fort obscure. L'artério-sclérose y joue évidemment le principal rôle, et elle dépend comme nous l'avons dit plus haut, d'une endartérite artérielle chronique, identique à la sclérose artérielle. Cette endartérite est pro-

duite surtout par l'arthritisme, par la syphilis, par l'alcoolisme et aussi par l'intoxication saturnine (Gintrac).

Quoiqu'il en soit, il y a certainement des familles dans lesquelles on meurt d'hémorrhagie cérébrale. M. Dieulafoy va même jusqu'à assimiler l'hérédité de l'hémorrhagie cérébrale à celle de la phtisie et du cancer, et il est arrivé dans son mémoire sur ce sujet aux conclusions suivantes : 1° La maladie cérébrale est héréditaire ; — 2° elle détermine dans une même famille tantôt l'apoplexie, tantôt l'hémiplégie, et la gravité des accidents, la mort rapide ou la survie sont subordonnées à la localisation de la lésion cérébrale ; — 3° L'hémorrhagie cérébrale apparaît en général à un âge avancé ; néanmoins, elle frappe assez souvent, aux diverses périodes de la vie, plusieurs membres d'une même famille, et il n'est pas rare que, dans une lignée, une génération plus jeune soit atteinte avant une génération plus âgée.

Ramollissement cérébral

D. — Le *ramollissement cérébral* appartient aux processus régressifs, à la nécrobiose.

La condition pathogénique générale qui le produit, c'est l'arrêt de la circulation dans certains districts de l'encéphale, sans développement suffisant de la circulation collatérale. Or, l'athérome artériel est la cause la plus fréquente de l'oblitération vasculaire, qu'il existe au voisinage même de la lésion ou dans des points plus ou moins éloignés de l'arbre artériel. — L'obstruction circulatoire qui cause le ramollissement se produit par *embolie* et par *thrombose*. Les causes de l'embolie cérébrale sont les lésions cardiaques, l'endocardite, surtout l'endocardite ulcéreuse, l'athérome artériel, qui provoquent des coagulations dans divers points de l'appareil circulatoire. On a même vu des embolies partir de la veine fémorale et susciter une embolie cérébrale, sans qu'on puisse expliquer au juste comment il est parvenu à traverser les capillaires pulmonaires. — La thrombose dépend de l'inopexie et surtout de l'athérome. C'est donc en définitive l'athérome qui domine l'étiologie du ramollissement cérébral. — L'athérome est un signe de sénilité, mais il se produit quelquefois dans l'âge mûr et même plus tôt. On a l'âge de ses artères. Or l'athérome est héréditaire, et

l'hérédité dans le ramollissement est à peu près la même que dans l'hémorrhagie cérébrale.

Que conclure de ce qui précède sur l'hémorrhagie et le ramollissement du cerveau? Eh bien, il nous semble qu'on peut formuler les propositions suivantes :

1° Si chez l'un des parents du proposant, ou tous les deux, il y a eu hémorrhagie cérébrale ou ramollissement, il ne faudra l'accepter qu'avec la plus grande réserve et à la condition que sa santé parfaite ne laissera soupçonner chez lui l'existence actuelle ou prochaine d'aucune affection du cœur ou des artères.

2° Si ce proposant a eu quelques atteintes, même légères, de rhumatisme, de goutte ou de syphilis, il faudra le refuser. Alors même qu'il en serait indemne, on ne l'acceptera pas si ses frères ou sœurs sont rhumatisants, goutteux, et à plus forte raison s'ils ont été frappés de ramollissement cérébral ou d'hémorrhagie. — Peut-être pourrait-on faire exception pour les femmes qui sont environ deux fois moins sujettes que les hommes à ces graves affections.

3° L'âge du proposant, son genre de vie, ses habitudes et surtout son âge entreront en ligne de compte dans l'appréciation des risques. On aura présentes à l'esprit toutes les données du problème de l'hérédité dans ces deux maladies. On en pèsera les conséquences en les appliquant de point en point au proposant; et s'il ne paraît pas, par son état organique actuel et par son passé, complètement en dehors du cercle pathogénique de ces deux encéphalopathies, on le refusera ou bien on l'ajournera. Dans ces deux cas, pour peu qu'on hésite, on exposera dans un parallèle aussi clair que possible les chances contraires, les chances favorables, et on laissera à la Compagnie la responsabilité de la décision.

Tumeurs au cerveau

E. — Tout ce que nous venons de dire au sujet de l'hémorrhagie cérébrale et du ramollissement s'applique aussi aux *tumeurs du cerveau.* Mais à supposer que le proposant déclare qu'un de ses parents est mort d'une tumeur cérébrale, il sera toujours difficile, pour ne pas dire impossible, de savoir de quelle nature était cette tumeur.

Était-elle cancéreuse, tuberculeuse, syphilitique, anévrysmale etc., etc.? On ne pourra faire que des conjectures qui laisseront forcément dans le vague la question de l'hérédité. De pareils cas se présenteront du reste très rarement.

Les méningites chroniques tuberculeuses, alcooliques, syphilitiques, sont subordonnées, comme hérédité, aux maladies générales qui les produisent et rentrent à cet égard dans la même catégorie que les tumeurs cérébrales.

MYÉLOPATHIES CHRONIQUES NON SYSTÉMATIQUES

F. — Dans les *myélopathies avec lésion matérielle, mais non systématiques,* telles que les méningites spinales et les myélites chroniques, l'influence héréditaire est à peu près nulle. Parmi les secondes il y en a qui, tantôt diffuses et tantôt systématiques, accompagnent fréquemment la paralysie générale, et qui, comme elle, par conséquent peuvent être transmissibles. Mais dans les myélites diffuses essentielles, d'origine vasculaire, dans le ramollissement aigu ou chronique de la moelle, l'influence de l'hérédité dissemblable (épilepsie, hystérie, aliénation mentale, etc.)

est tout à fait exceptionnelle, et le médecin d'assurances ne s'en préoccupera pas. Il recherchera plutôt quelles peuvent être les maladies générales ou infectieuses (tuberculose, syphilis) qui ont atteint la moelle épinière, et ce ne sont pas les renseignements sommaires du proposant qui lui permettront de poser ce diagnostic rétrospectif. Il ne pourrait l'être avec efficacité que par les médecins qui connaissent la famille, et il ne fournirait aucune donnée certaine dans l'appréciation des risques.

§ *II. — Hérédité dans les névropathies sans lésions matérielles appréciables*

Nous allons nous occuper maintenant de l'hérédité dans les maladies du système nerveux sans lésions anatomiques appréciables, au moins jusqu'à présent.

Épilepsie

A. — *L'épilepsie* est, de l'aveu de tous les auteurs, une des névroses dans lesquelles l'influence héréditaire s'observe le plus fréquemment. Toutefois, ce serait une erreur de croire

qu'un épileptique engendre nécessairement des enfants atteints de la même affection. Il est possible que sa descendance reste indemne de toute tare épileptique, mais il est probable aussi qu'elle sera sujette à quelques-unes de ces névroses qui sont comme les branches du tronc neuro-pathologique.

1° *Epilepsie héréditaire proprement dite ou Epilepsie directe.* Georget cite un père épileptique qui engendra huit enfants tous épileptiques. — Sur 321 épileptiques, 105 *(le tiers)* étaient issus d'épileptiques (Esquiral), et 30 *(le quart)*, sur 124 (Moreau de Tours). — M. A. Voisin a noté, dans 17 ménages, où le père ou la mère étaient épileptiques, 16 enfants épileptiques ou morts de convulsions sur 35. Les intéressantes recherches de M. Echeverria (*Journ. of. mental sci. oct. 1880*), concluent non seulement en faveur de l'hérédité directe, mais encore de l'hérédité nerveuse de l'épilepsie. Pour lui, la transmission de l'épilepsie ne se fait pas exclusivement de la mère à la fille, ni du père au fils, comme quelques auteurs le supposent ; mais les mères épileptiques transmettent leur maladie à un plus grand nombre de rejetons que les pères.

L'épilepsie, dit-il, est transmise des parents aux rejetons, sans changement de type et plus fréquemment même que l'aliénation mentale. Le fait qu'un nombre considérable d'enfants meurent, dès l'enfance, de convulsions, explique pourquoi nous ne trouvons pas parmi les épileptiques adultes, l'évidence de la transmission héréditaire remarquable de cette affection. Dans ses statistiques, la proportion des épileptiques qui ont survécu est de 14.10 pour cent. Ce chiffre n'est pas loin de la proportion de 12 à 13 pour 100, admise par les auteurs français et anglais.

Il y a des auteurs qui rejettent l'épilepsie directe ou même la prédisposition créée par certaines affections nerveuses des ascendants. Parmi eux on trouve des pathologistes d'une haute valeur : Tissot, Louis, Beau, Leuret, Gintrac, Morel et Delasiauve qui a critiqué avec le plus de rigueur l'idée de l'hérédité de l'épilepsie. Cette manière de voir est fort exagérée et on peut lui opposer de nombreuses statistiques. Ce qui est vrai, c'est que l'épilepsie peut provenir de parents névropathes mais non épileptiques. Nous allons l'examiner.

2° *Epilepsie indirecte ou par hérédité*

névropathique. Affections nerveuses des ascendants prédisposant à l'épilepsie. Dans une statistique importante d'Herpin, le nombre des épileptiques issus d'épileptiques est peu considérable. La proportion fournie par l'aliénation mentale y est beaucoup plus élevée. L'aliénation mentale est une cause héréditaire de l'épilepsie. D'après Moreau de Tours, les troubles nerveux, à quelque ordre qu'ils appartiennent et quelle que soit leur forme symptomatique, depuis les plus simples jusqu'aux plus complexes, prédisposent tout autant à l'épilepsie que l'épilepsie elle-même. Sur 364 épileptiques, 1/6 étaient issus de parents épileptiques, 1/20 de parents hystériques, 1/9 de parents aliénés, 1/9 de parents paralytiques ou apoplectiques.

Il y a aussi des influences héréditaires autres que les névropathies parmi les ascendants des épileptiques. Sur 95 épileptiques, 12 avaient des ascendants scrofuleux ou tuberculeux avérés, 12 des ascendants morts d'alcoolisme chronique ou sujets, avant leur mariage, à des habitudes alcooliques invétérées. Parmi le reste des 95 malades, 41 avaient des antécédents névrosiques, hystérie, chorée (Aug. Voisin). Dans les statistiques de Reynolds,

on trouve 31 o/o de cas d'hérédité névropathique et 12 o/o d'hérédité directe. D'après Nothnagel, l'hystérie, l'hypocondrie, la catalepsie, jouent un rôle prépondérant dans l'étiologie héréditaire de l'épilepsie. — Nous insistons sur toutes ces questions d'étiologie, malgré ce qu'elles ont d'aride, parce que l'épilepsie est une trop grande névrose héréditaire pour qu'on puisse s'en occuper superficiellement.

De même qu'elle est engendrée par beaucoup de névropathies, l'épilepsie peut aussi les transmettre. Par conséquent, c'est un fait considérable dans les assurances sur la vie que l'existence de l'épilepsie chez les parents ou les collatéraux du proposant. Aussi ne saurait-on s'entourer de trop de documents pour l'apprécier à sa juste valeur. Heureux encore qu'elle soit avouée ! Les familles, en effet, ne cherchent-elles pas à cacher aux yeux de tous, même des médecins, une affection qui inspire l'effroi et passe si généralement pour héréditaire ?

Les épilepsies *symptomatiques*, c'est-à-dire celles qui se lient à quelque lésion de l'axe cérébro-spinal et qu'on observe dans la tuberculose intra-cranienne, dans les tumeurs

du cerveau de toute nature, dans la syphilis cérébrale surtout, n'ont rien à voir avec l'hérédité, ou beaucoup moins que l'épilepsie essentielle. Il en est de même des épilepsies toxiques.

En résumé, le rôle de l'hérédité dans l'étiologie de l'épilepsie est énorme (1). Sur 58 enfants d'épileptiques, 14 (le quart seulement), étaient sains; 7 devinrent épileptiques et 37 moururent de convulsions. Ce qui veut dire que les 3/4 furent atteints de névropathies graves.

Au premier abord, il semble que de pareils résultats doivent faire exclure de l'assurance tout individu né de père et surtout de mère épileptiques. Mais ce qui contrebalance les risques provenant de l'hérédité, c'est l'âge auquel se contractent en général les assurances. Après 30, 40 ans, un proposant peut être considéré comme étant à peu près à l'abri de l'épilepsie. Et, en effet, bien qu'on puisse l'avoir à tout âge, cependant c'est

(1) La physiologie pathologique expérimentale confirme cette proposition. M. Brown-Séquard a observé que les cobaies, chez lesquels il provoquait de l'épilepsie par l'hémisection de la moelle, la transmettaient à leur progéniture.

dans l'enfance, la puberté et l'adolescence qu'elle éclate presque toujours. L'épilepsie héréditaire est plus précoce que les autres. M. Echeverria dit que c'est avant la puberté ou tout au moins avant 20 ans, que cette névrose se déclare. M. Nothnagel admet cette proposition et pose en principe que tout individu qui a dépassé 20 ans n'a plus à craindre l'épilepsie héréditaire.

D'un autre côté, l'épilepsie idiopathique, bien qu'étant extrêmement grave, n'est pas fatalement mortelle comme beaucoup d'autres maladies. De plus, elle n'est pas incurable. La guérison n'est pas la règle, mais elle peut se produire spontanément, 4 fois sur 100 (Maisonneuve), 5 fois sur 100 (Herpin), 3 fois sur 710 (Voisin). — Avec des traitements, on est arrivé à des résultats favorables dans près des 3/4 des cas (Herpin). On guérirait une fois sur deux avec le bromure de potassium (Voisin). — Les épilepsies toxiques guérissent facilement. — L'âge a une influence pronostique des plus évidentes : l'épilepsie est très grave dans la première enfance jusqu'à 10 ans, et dans la jeunesse de 20 à 30 ans. — La menstruation et le mariage exercent l'influence la plus déplorable sur la marche de la maladie

et l'aggravent considérablement (Voisin). — L'hérédité de l'épilepsie elle-même n'assombrit pas le pronostic ; mais l'hérédité des diathèses, comme la scrofule, la syphilis, le cancer et la tuberculose rendent souvent incurables les épilepsies symptomatiques.

Avec les éléments d'appréciation qui précèdent, on peut formuler les conclusions suivantes :

1° L'existence de l'épilepsie chez le père ou la mère, ou même chez tous les deux, ne sera point un motif absolu de refus pour le proposant qui, ayant dépassé la trentaine et à plus forte raison la quarantaine, n'aura jamais eu antérieurement aucune atteinte de névrose quelconque et se sera toujours bien porté.

2° Si le proposant, issu d'épileptiques, est entre 20 et 30 ans, s'il présente les attributs du tempérament nerveux et s'il a eu des convulsions dans son enfance, il sera prudent de le refuser, quand même sa santé actuelle le rendrait acceptable.

3° On refusera toute jeune fille née de parents épileptiques, qui ne sera pas encore menstruée, alors même que sa santé semble-

rait bonne et qu'elle n'aurait eu antérieurement aucune atteinte de névroses.

4° Chez les proposants issus de parents épileptiques, et surtout consanguins, il faudra rechercher, si derrière la prédisposition névropathique dont ils ont pu hériter, il n'y aurait pas, comme substratum constitutionnel, la scrofule, la syphilis, la tuberculose et l'arthritisme. Si on les découvrait dans leur passé ou si on les constatait actuellement chez eux, la question de l'hérédité épileptique pèserait d'un grand poids. Elle dicterait formellement le refus si l'épilepsie était maternelle et si le sujet, bien qu'exempt jusque-là de toute névrose, n'avait pas atteint le point culminant de l'évolution organique. S'il était, au contraire, dans la période d'involution, on tiendrait beaucoup moins compte de l'épilepsie des ascendants et on baserait son appréciation sur les états constitutionnels seuls.

5° Une syphilis, même légère, des habitudes même non invétérées d'alcoolisme, une vie où les excitations nerveuses se multiplient, les excès en quoi que ce soit, propres à troubler l'équilibre du système nerveux, doivent faire refuser un proposant issu de parents épileptiques, fût-il dans les meilleu-

res conditions de santé pour tout le reste.

6° L'existence de l'épilepsie, non pas seulement chez les parents, mais chez les frères ou les sœurs du proposant, est une circonstance aggravante. Il en est de même, quoique à un moindre degré, des manifestations névropathiques autres que l'épilepsie. Plus un proposant aura d'épilepsie au-dessus et autour de lui, dans ses ascendants directs ou indirects, dans ses collatéraux, etc., plus il faudra le tenir en suspicion. On ne pourra l'accepter que s'il a dépassé la quarantaine et s'il paraît exempt de toute tare névropathique. S'il s'agissait d'une femme placée dans de pareilles conditions, on se montrerait plus sévère et on ferait bien de la refuser si elle n'avait pas traversé l'âge critique de la ménopause.

7° Si un proposant, bien qu'indemne, a de l'épilepsie dans ses ascendants, dans ses collatéraux et s'il a procréé une race de névropathes, d'épileptiques, etc., il sera prudent de ne pas l'accepter, surtout s'il n'a pas dépassé la quarantaine.

Hystérie

B. — Les détails dans lesquels nous venons d'entrer au sujet de l'épilepsie nous permettront d'être plus bref pour l'hystérie. L'hérédité domine toute l'étiologie de cette névrose. Elle avait été constatée maintes fois par les médecins de tous les temps et de tous les pays, mais Georget eut le mérite de la mettre en relief et surtout de l'envisager dans toute son ampleur : « *La plupart* des malades, dit-il, ont parmi leurs proches parents des épileptiques, des hystériques, des aliénés, des sourds, des aveugles, des hypocondriaques ; *la plupart* ont montré, dès le bas âge, des dispositions aux affections convulsives, un caractère mélancolique, colère, emporté, impatient, susceptible ; quelques-uns ont eu alors des attaques de catalepsie, des serrements de gosier, des étouffements. »

D'après les tableaux statistiques de Briquet, les hystériques ont 25 pour 100 de parents atteints de maladies nerveuses ou d'affections de l'encéphale, tandis que les sujets non hystériques n'en ont que 21.8 pour 100. La moitié des mères hystériques donne

naissance à des hystériques. Une fille qui naît d'une mère hystérique a *une chance contre trois* de devenir hystérique (1).

Là, comme dans l'épilepsie, les parents peuvent léguer directement la névrose, ou bien les diathèses qu'on rencontre souvent avec elle et dont elle est plus ou moins une émanation. — L'hérédité directe se montre surtout chez les enfants d'une mère atteinte de grande hystérie.

Dans cette névropathie, on observe très fréquemment les mutations de névroses produites par l'hérédité. L'épilepsie, par exemple, engendre l'hystérie aussi souvent, si ce n'est plus qu'elle n'engendre l'épilepsie. — Les faits comme les suivants ne sont pas rares : une mère et un père épileptiques engendrent une hystérique qui elle-même est mère d'une aliénée et grand-mère d'une fille atteinte d'ar-

(1) M. Bernutz a vu une mère hystérique avoir 6 filles hystériques. Un pareil fait est rare.

Le même auteur rapporte aussi l'observation d'une fille hystérique dont le père, le grand-père et deux tantes étaient *aliénés*, 4 à 6 cousins *dipsomanes* et *faibles d'esprit*, 1 frère *faible d'esprit* ; — l'observation d'un père *idiotisé*, à la suite *d'accidents hystériformes*, ayant deux enfants *morts de convulsions*, une fille *demi-imbécile, microcéphale*, un fils *microcéphale, faible d'esprit*, un fils d'un caractère *morbide* et une fille *hystérique* avec dégénérescence progressive.

rêt de développement physique, moral et intellectuel (Doutrebente). On voit fréquemment un père épileptique engendrer des filles hystériques.

L'hérédité grave, c'est-à-dire compliquée de toutes les formes de névropathies, et aussi de dégénérescences et de maladies constitutionnelles, se trouve chez les femmes hystériques, mais elle est beaucoup plus accentuée dans l'*hystérie mâle*. « L'alcoolisme, l'hystérie, l'épilepsie, l'aliénation mentale, le suicide du père et du grand-père ; l'hystérie, le nervosisme, l'excentricité, la folie de la mère ; l'hystérie, l'aliénation mentale, la chorée chez les collatéraux, c'est là le bilan qui résulte des observations d'hystéries mâles publiées ces dernières années, et que démontrent surtout les observations provenant du service de M. le professeur Charcot. » (Déjérine).

M. Batault a constaté l'hérédité névropathique dans 77 pour 100 des cas d'hystérie mâle. Elle était similaire et directe dans 56 cas sur 100.

Il est donc parfaitement établi que l'hystérie est une des névroses les plus héréditai-

res, et qu'elle se combine non seulement avec l'épilepsie et l'aliénation mentale, mais avec tous les autres états névro et psychopathiques légers ou graves, etc.

Son intensité n'est pas toujours en rapport avec la tare héréditaire, car il arrive parfois que la diathèse névropathique, qui est restée *latente* chez les parents ou ne leur a causé que des troubles insignifiants, se *réveille* chez les enfants sous la forme, non pas de la petite hystérie, mais de l'hystéro-épilepsie la mieux constituée.

Sera-t-il toujours possible au médecin d'assurances de découvrir les antécédents héréditaires et de les reconstituer tels qu'ils ont dû exister ? c'est fort douteux. Combien, en effet, n'ont-ils pas été souvent protéiformes, mobiles, fugaces ? Et puis, les proposantes, alors même qu'elles seraient sincères, fourniraient-elles des renseignements assez précis ?...

Au surplus, la question n'est pas aussi importante que le ferait supposer au premier abord la fréquence de l'hérédité. Sans doute, l'hystérie est une névrose grave, mais elle est plutôt désagréable que dangereuse pour

la patiente et pour ceux qui l'entourent. Sa terminaison habituelle est la guérison ou le *statu quo*. Il est très rare qu'elle entraîne la mort par suffocation, ou subitement dans une attaque, ou lentement par une cachexie nerveuse progressive.

Elle peut s'observer chez les petites filles et même chez les petits garçons ; toutefois c'est à la puberté que se développent le plus grand nombre de cas.

Plus de la moitié des faits relevés par Briquet avaient débuté de 10 à 20 ans. La maladie est encore fréquente de 20 à 30 ans ; elle devient rare plus tard et exceptionnelle après la ménopause.

Conclusions :

1° Pour que le médecin d'assurances refusât une proposante qui accuserait, dans ses antécédents héréditaires, l'hystérie franche ou des états névropathiques s'en rapprochant plus ou moins, il faudrait qu'elle fût malingre, anémique, ou menacée de quelque diathèse, autre que la diathèse névropathique, et surtout qu'elle n'eût encore que 20, 25 ou 30 ans.

2° Mais si elle avait dépassé la quaran-

taine, et même la trentaine, la considération seule de la tare héréditaire nerveuse ne devrait pas empêcher l'assurance.

3° Ce qu'il faut étudier surtout, chez les proposants des deux sexes, issus d'hystériques, c'est moins la tare nerveuse que la tare constitutionnelle, tuberculeuse ou autre, qui aurait pu leur être transmise en même temps.

4° Aussi, la débilité organique, la chlorose, l'anémie, les troubles digestifs et utérins, etc., devront-ils être recherchés avec soin chez les jeunes filles ou jeunes femmes issues d'hystériques, et tous ces états morbides auront plus d'importance pour l'appréciation du risque que l'éventualité de la névrose elle-même.

5° Quand une proposante accusera l'hystérie chez ses ascendants, il faudra songer à la transmission d'autres névroses plutôt que de celle-ci. A l'âge où se font habituellement les assurances, l'hérédité hystérique a produit depuis longtemps tous ses effets chez les femmes et à plus forte raison chez les hommes. — En général on sera très sévère pour l'hystérie masculine.

Folie

C. — Il est universellement admis aujourd'hui que la *folie* résulte presque toujours d'une transmission héréditaire. Toutes ses formes peuvent en provenir, si bien que le mot *aliénation mentale* implique partout l'idée d'une affection essentiellement originelle.

L'hérédité des psychopathies est directe ou indirecte, similaire ou dissemblable, unilatérale ou bilatérale et convergente. — C'est elle qui prépare le terrain sur lequel elles se développent et qui imprime à l'être psychique les modifications plus ou moins profondes qui font que l'équilibre mental est instable et à la merci des circonstances les plus fortuites. — Il est bien démontré par l'observation journalière que l'aliénation mentale ne se développe pas chez le premier venu et au hasard. Elle ne germe, au contraire, que dans les organismes préparés à la concevoir par une tare névropathique héréditaire. En recherchant minutieusement cette tare héréditaire chez les vésaniques, M. Magnan a établi une sorte de gradation qui part de la manie et de la mélancolie simples, passe au

délire chronique, puis aux folies intermittentes, et aboutit à une catégorie de malades chez lesquels les stigmates physiques et psychiques sont si frappants, les délires si spéciaux et si caractéristiques qu'ils constituent le groupe de la *folie héréditaire* (Morel, Magnan).

Le délire chronique est constitué, d'après M. Magnan, par quatre périodes : celle d'inquiétude, celle de manie des persécutions, celle de manie des grandeurs, et par la démence. Leur base essentielle consiste dans des hallucinations. On regardait autrefois ces périodes comme autant d'entités morbides, mais elles se succèdent pour aboutir à la démence et ne constituent en réalité qu'une seule maladie. L'hérédité en est la cause dominante. On trouve presque toujours chez les ascendants en ligne directe, quelquefois chez les collatéraux, des accès maniaques ou mélancoliques, des intoxications avec délire, des psychopathies variées qui ont amené le suicide, l'homicide, des crimes ou délits divers, etc., etc.

Notre intention n'est point d'aborder ici les grandes questions de la pathologie mentale, et si nous parlons spécialement de ce délire chronique, c'est qu'il est important pour le

médecin d'assurances, à cause de ce fait capital que *l'hérédité ne se démasque que tardivement.*

Dans les folies intermittentes, la prédisposition héréditaire est encore plus marquée et souvent convergente. Ces vésaniques donnent fréquemment naissance à des êtres plus atteints qu'eux encore, et qui peuvent devenir des héréditaires dégénérés.

L'hérédité domine sans aucun doute toute la folie, mais son influence devient absolument prépondérante dans le groupe particulier des *folies héréditaires*. Les individus qui en sont atteints portent des stigmates si frappants au physique et au moral, qu'ils sont généralement en dehors de la catégorie des personnes qui se font assurer.

Les héréditaires sont sujets à des accidents cérébraux très fréquents, surtout dans le jeune âge, et qui, parfois, les emportent. La puberté leur est souvent funeste (*hébéphémie des Allemands*); il en est de même des autres périodes de transition (*folie de la ménopause, démence sénile*).

L'accumulation de l'hérédité, perpétuée pendant plusieurs générations, est surtout fatale, parce qu'elle tend toujours à la dégé-

nérescence physique et morale, et, en définitive, à l'extinction de la race. Aussi, le médecin d'assurances devra-t-il chercher à savoir, quand on lui avouera des antécédents héréditaires de vésanie, sur quel degré de la dégénérescence psychique se trouvaient les parents ; s'ils étaient au commencement, au milieu ou sur les derniers échelons de la série descendante.

Les folies sympathiques ne constituent pas une entité morbide; elles ne sont qu'une complication de certains états de l'organisme (tuberculose, maladie de Bright, troubles de l'appareil utéro-ovarien, grossesses, maladies de l'appareil spléno-hépatique, etc.). Là encore la prédisposition héréditaire est la cause première du développement de ces sortes de folies. Les troubles organiques qu'elles compliquent jouent uniquement le rôle de causes occasionnelles et ne déterminent un accès délirant chez un malade qu'en vertu d'une prédisposition cérébrale antérieure.

Voici maintenant les résultats les plus importants des statistiques sur l'hérédité dans la folie : Elle aurait lieu dans le tiers des cas (Burrows), dans le quart (Guislain, Esquirol,

Gintrac). — D'après M. Foville, l'hérédité directe de la folie ne s'élèverait pas à moins de 25 pour 100 des cas d'aliénation mentale. Toutes les variétés de la folie présentent les mêmes caractères héréditaires. Dans 77 cas de folie lucide, 43 étaient héréditaires (Trélat). Sur 131 aliénées à la suite de couches, 51 avaient une prédisposition héréditaire. La folie puerpérale est héréditaire dans plus de la moitié des cas (Marcé).

D'après M. Foville, les dipsomanes présenteraient le plus souvent quelque prédisposition héréditaire ou congénitale aux affections nerveuses ; presque toujours on arrive à retrouver parmi leurs ascendants, soit des ivrognes ou des dipsomanes, soit des aliénés, des épileptiques, des hystériques, des hypocondriaques, etc.

Les maladies nerveuses, ainsi que nous l'avons fait remarquer maintes fois, peuvent se transmettre d'une génération à une autre sans conserver exactement le même caractère. Le fond maladif, bien que provenant du même germe, se modifie quelquefois dans sa forme. Aussi, ne s'étonnera-t-on pas de voir souvent intervenir dans la question de l'hérédité des

psychoses, non pas l'aliénation mentale, mais l'hystérie, l'épilepsie, la chorée, ou même simplement l'humeur bizarre, excentrique des parents. L'état mental transitoire des parents au moment de la conception n'est pas sans influence sur l'être qui en résulte. L'ivresse n'a-t-elle pas été accusée d'engendrer la folie en pareil cas? Moreau a fait remarquer combien les singularités d'esprit, la dépravation instinctive, et par suite la folie, étaient fréquentes chez les bâtards.

L'aptitude à la folie est très faible avant 20 ans, mais surtout avant 15 ans. Chez l'homme, elle augmente rapidement de 20 à 45 ans, pour diminuer plus lentement à partir de cet âge. Chez la femme, c'est aussi de 30 à 45 ans que la folie est le plus à redouter. A partir de 50 ans, il semble que la disposition à en être atteint reste à peu près la même jusqu'à l'âge le plus avancé.

La mortalité de la folie est difficile à déterminer du moins dans la population libre. Ce qu'on sait, c'est qu'elle y est beaucoup moins forte que dans les asiles. La mortalité dans les asiles diminue progressivement depuis un certain nombre d'années. Elle serait de 11 environ pour 100. Mais cette proportion n'a rien de fixe.

L'impression qui résulte de ce qui précède, c'est que les antécédents héréditaires de folie, dont le médecin d'assurances doit tenir grand compte, seront néanmoins très rarement pour lui un motif absolu de refus. Nous pensons que les conclusions suivantes peuvent s'appliquer à la généralité des cas :

1° Si le proposant, issu de parents atteints d'aliénation mentale, a parcouru toute la période évolutive de l'existence, et est arrivé à l'âge de 35, de 40, de 45 ans, sans avoir eu aucune affection nerveuse, ses antécédents héréditaires ne seront point une cause de refus. — Tout au plus l'acceptation serait-elle douteuse si ses deux parents avaient été fous, si la plupart de ses frères ou sœurs l'étaient et s'il avait procréé toute une race névropathique.

2° Chez un proposant du sexe féminin, issu d'aliénés, et qui aura dépassé l'âge de la ménopause sans avoir présenté, ni avant ni après, aucun symptôme de vésanie ou de névrose, l'acceptation sera la règle.

3° Le refus, par le seul fait de l'hérédité, ne serait applicable qu'aux proposants de tempérament nerveux, anémiques, malingres, prédisposés à d'autres diathèses, ou bien à ceux

qui n'auraient pas dépassé 20 ou 25 ans, aux femmes qui auraient eu une puberté très orageuse, des grossesses pénibles, compliquées de névropathies variées plus ou moins persistantes, etc.

4° Et encore, comme atténuation à la fatalité héréditaire dans la folie, le médecin d'assurances ne perdra pas de vue que les cas les plus graves, c'est-à-dire ceux de folie héréditaire, ne se présentent pas et s'élaguent d'eux-mêmes ; qu'il n'aura donc à juger que des cas où l'éventualité des psychoses est très problèmatique, passé l'âge de 35 à 40 ans, et que, quand même quelques troubles psychiques se présenteraient après l'assurance, ils n'abrègeraient pas sans doute sensiblement la durée de l'existence.

Goître exophtalmique

D. — Le *Goître exophtalmique (maladie de Graves, maladie de Basedow*) est une singulière affection dont la nature n'est pas encore parfaitement définie. Il est peu probable que le médecin d'assurances la rencontre dans les antécédents héréditaires des proposants. Cependant, comme elle a été depuis

trente années environ l'objet de travaux considérables, il serait possible qu'elle fût mentionnée parmi les maladies des ascendants, et il faut savoir à quoi s'en tenir sur sa portée héréditaire. Elle en a une très grande. Par plusieurs de ses côtés, elle appartient à la grande classe des névroses, car bien souvent ses phénomènes fondamentaux, l'exophtalmie, le goître, la tachycardie, sont précédés et accompagnés de troubles psychiques, d'accès maniaques, de manie aiguë, de mélancolie avec périodes d'excitation, d'impulsions homicides même (Andrews, Cane, etc.). Cette coïncidence fréquente de symptômes vésaniques avec la maladie de Basedow a été parfaitement établie dans ces derniers temps. L'hystérie sous toutes ses formes et à tous ses degrés s'associe souvent à elle, l'épilepsie quelquefois (Ballet).

Ces affinités avec les psychoses et les névroses convulsives corroborent, dans la maladie de Basedow, le fait de la transmission héréditaire qui a été mis hors de doute. L'hérédité similaire, si rare dans les psychopathies (sauf dans la folie suicide), commune, au contraire, dans les névroses convulsives, telles que l'épilepsie et l'hystérie, se rencontre quel-

quefois dans cette maladie. Ex. : mère hystérique : dix enfants tous névropathes ou hystériques, 6 filles et 4 fils dont 8 plus ou moins atteints de goître exophtalmique ; une des filles à goître exophtalmique fut grand'mère de 4 petites filles dont trois à goître exophtalmique et une hystérique (Oesterreicher). Les névroses qui coexistent avec la maladie de Basedow se retrouvent dans les antécédents héréditaires des malades. L'hystérie y tient le premier rang, puis viennent l'épilepsie, la paralysie agitante, la chorée, etc. Ces névroses s'associent entre elles ou sous les différentes formes de vésanies. Il en résulte que le goître exophtalmique appartient à la grande famille neuro-pathologique par ses manifestations névro-psychopathiques, par son hérédité rarement similaire, plus souvent dissemblable.

Les femmes y sont beaucoup plus sujettes que les hommes : sur 50 cas, il n'y avait que 8 hommes (Withinsen). La maladie ne se montre jamais avant la puberté. Son maximum de fréquence est de 20 à 40 ans. Stokes en a observé un cas à 60 ans et Fischer un autre à 65 ans. L'aménorrhée et la dysménorrhée affectent des rapports très intimes

avec elle, ainsi que l'anémie et la chlorose.

Sa durée varie depuis quelques semaines jusqu'à plusieurs années. La guérison, quand elle a lieu, est imparfaite, et les récidives sont à craindre. D'après M. Jaccoud, la mortalité serait de 1/5 à 1/4 des faits observés.

Conclusions :

1° Si une proposante, un peu anémique, imparfaitement réglée et présentant un léger développement du corps thyroïde et une excitation habituelle du cœur, accusait formellement dans ses ascendants directs le goître exophtalmique, il faudrait la refuser de ce chef seul, alors même que l'ensemble de sa santé générale aurait permis de l'accepter.

2° Quand il se rencontrera chez un proposant de 20 à 40 ans, surtout du sexe féminin, issu de parents très névropathiques, quelques troubles nerveux du cœur et un peu d'augmentation du corps thyroïde, il faudra songer à la possibilité du goître exophtalmique, en rechercher les moindres indices pour s'assurer s'il n'existe pas déjà à l'état fruste, et se montrer très difficile pour l'acceptation.

3° Chez tous les proposants dans les conditions d'hérédité sus-indiquées, s'il existe une

saillie, même médiocre des yeux, avec quelque chose d'un peu étrange dans le regard, on refusera l'assurance, surtout s'il s'agit d'une femme.

Neurasthénie

E. — Pour terminer ce qui a trait à l'hérédité dans les maladies du système nerveux, disons quelques mots des relations qui existent à cet égard entre les névropathies et certaines maladies générales.

Parmi ces maladies générales, le groupe arthritique est un des plus vastes et des plus typiques. Les nombreuses maladies qu'il comprend ont pour fond commun un ralentissement de la nutrition. Elles sont presque toujours héréditaires et s'associent, se succèdent, alternent les unes avec les autres. Mais ce qu'il y a de remarquable, c'est que beaucoup des individus qui en sont atteints engendrent des névropathes hypocondriaques, hystériques, aliénés, asthmatiques, migraineux, etc., etc.

Certaines coïncidences morbides telles que le diabète, la goutte, l'obésité, un grand nombre de névroses sont fréquentes.

« Aliénés, idiots, scrofuleux, rachitiques, en vertu de leur commune origine, de certains

caractères physiques et moraux, doivent être considérés comme les enfants d'une même famille, les rameaux divers d'un même tronc » (Moreau de Tours).

Parmi toutes les maladies diathésiques, la goutte est peut-être celle qui présente avec les névropathies les affinités les plus étroites et les plus multiples. — Délire, aliénation mentale alternant avec les accès, hypocondrie pouvant aller jusqu'au suicide, paralysie générale, phénomènes congestifs, apoplectiformes ou métastases dynamiques vers le cerveau, attaques d'aphasie transitoire, vertiges, asthme, gastralgie, migraine, angine de poitrine, etc., etc., telles sont les principales associations morbides entre la goutte et les affections nerveuses. Elles existent aussi, mais à un moindre degré, dans le rhumatisme, excepté pour la chorée. Quelques auteurs, toutefois, croient que cette dernière ne reconnaît qu'une cause, l'hérédité nerveuse similaire ou dissemblable qui crée la prédisposition.

Ainsi, l'arthritisme et le nervosisme ont entre eux de nombreux points de contact. Néanmoins, ils ne s'engendrent pas. Ce sont des graines qui croissent volontiers sur le

même terrain et mêlent leurs rameaux sans les confondre. Elles se succèdent quand elles ne poussent pas simultanément, et qu'il leur arrive de rencontrer, aux hasards de la vie, les circonstances occasionnelles qui leur sont respectivement les plus favorables.

Nous insistons sur ces grandes questions de pathogénie héréditaire et d'affinités diathésiques, parce qu'elles dominent toute la pathologie des maladies chroniques dont la recherche dans les ascendants, dans le passé et dans l'état actuel des proposants, sert de base principale au médecin d'assurances, pour calculer approximativement s'ils atteindront le nombre d'années moyen que comporte leur âge et qui est fixé d'avance par les Compagnies (1).

(1) Il y a beaucoup d'autres névroses qui sont héréditaires, mais qu'on rencontrera moins fréquemment que les psychoses, l'hystérie, l'épilepsie, la paralysie générale, etc., etc., dans les ascendants des proposants.

Il faut cependant les connaître afin de pouvoir, dans le cas où elles se présenteraient, en mesurer immédiatement la portée héréditaire.

L'hérédité dans la *chorée de Sydenham* (*danse de St-Guy*), est rarement similaire, plus souvent dissemblable. Ce qu'on trouve chez les ascendants des choréiques, ce sont, outre la chorée elle-même (14 fois sur 214 cas), l'hystérie, l'épilepsie, l'aliénation mentale, les diverses formes de la neurasthénie, etc.,

XVI. — AFFECTIONS DARTREUSES

Les affections qui nous restent à examiner sont beaucoup moins importantes que les précédentes parce qu'elles compromettent rarement l'existence et sont même compatibles avec une longévité très grande. Au premier rang, il faut mettre les *affections dartreuses*

et surtout le rhumatisme. — Comme la chorée neuro-rhumatismale, ou danse de St-Guy, est surtout fréquente dans le jeune âge et dans le sexe féminin, le médecin d'assurances aura rarement à s'en occuper.

Mais, à côté de la chorée vulgaire de l'enfant, il y en a une autre encore peu connue et héréditaire au premier chef. C'est la *chorée héréditaire* des auteurs américains, décrite pour la première fois par M. Huntington, de Long-Island. Celle-ci peut intéresser le médecin d'assurances, car elle se transmet de génération en génération, débute de 30 à 40 ans, rarement après 50, atteint les deux sexes presque également, ne saute jamais une génération pour réapparaître dans la suivante, etc. — Fatalement progressive, elle se complique presque dès le début de troubles psychiques qui conduisent à l'idiotie. Sa durée est de 20 à 30 ans ; le pronostic est toujours fatal. — Elle se transmet par hérédité *directe et similaire*. Cette affection est rare et encore trop peu connue en France pour prendre une place importante dans la question des assurances. Nous la signalons comme type de maladie héréditaire nerveuse.

Dans la *paralysie agitante* ou *maladie de Parkinson*, l'hérédité similaire est rare, l'hérédité névropathique l'est moins. — L'aliénation mentale coexiste fré-

qui sont essentiellement héréditaires. Il est très ordinaire de trouver chez les parents des dartreux des maladies de la même nature. La transmission a lieu quelquefois directement, soit de la mère, soit du père, aux enfants. D'autres fois, ce n'est que chez les grands parents, chez les oncles ou chez les tantes que l'on peut constater l'existence de la maladie. Dans certains cas même, les parents paraissent avoir été sains, mais plusieurs enfants

quemment avec elle, etc. Elle appartient donc à la grande famille neuro-pathologique et apparaît seulement dans la 2e période de la vie, de 45 à 65 ans. Elle peut durer fort longtemps. — Peu importante au point de vue des assurances sur la vie.

Nous en dirons autant de diverses névroses, telles que les *convulsions de l'enfance*, le *spasme de la glotte*, la *tétanie*, le *tétanos*, les *spasmes fonctionnels*, la *crampe des écrivains*, le *torticolis*, l'*hémiatrophie faciale*, les *névroses vaso-motrices*, etc.

L'*éclampsi puerpérale*, comme toutes les affections éclamptiques en général, scarlatineuses ou autres, est la plupart du temps une manifestation de la diathèse névropathique. Mais il faudra la chercher surtout dans les antécédents des malades elles-mêmes plutôt que dans leur famille. Qu'il nous suffise ici de dire qu'on la voit souvent se manifester chez des sujets qui ont eu des antécédents hystériques ou convulsifs à différentes époques de la vie. L'éclampsie puerpérale peut devenir de l'épilepsie vulgaire.— C'est une de ces manifestations nerveuses dont le médecin d'assurances se préoccupera toujours dans l'interrogatoire des femmes sur leurs grossesses, leurs accouchements, etc.

de la même famille, frères ou sœurs, sont atteints de la même affection dartreuse (Hardy). Cette influence héréditaire a été reconnue par tous les médecins, même par ceux qui refusent d'admettre une classe de maladies dartreuses. La *diathèse dartreuse,* dont les manifestations s'effectuent surtout à la surface de la peau (eczéma, impétigo, lichen, pityriasis, psoriasis), produit souvent des troubles sur les muqueuses ou dans le système nerveux (angines granuleuses, bronchites chroniques, asthmes, gastralgies, névralgies, catarrhes utérins, etc.).

Toutes ces affections sont ordinairement superficielles, et n'ont aucune gravité réelle. Elles disparaissent sans laisser de traces, et, pendant leur existence, la santé générale reste souvent à peu près intacte.

Le seul côté vraiment sérieux dans la dartre, c'est le rapport réel qui existe entre elle et le *cancer.* Sans doute, un grand nombre de dartreux sont exempts de cette terrible affection ; mais il n'en est pas moins vrai qu'on peut, à bon droit, s'alarmer sur l'avenir de certains malades atteints d'éruptions dartreuses, alors surtout qu'une affection cancé-

reuse a existé chez quelques-uns de leurs ascendants ou de leurs parents.

On peut déduire de ce qui précède les conclusions suivantes :

1° L'existence, chez les ascendants des proposants ou leurs collatéraux, des affections qui constituent la dartre, ne sera jamais un motif suffisant pour les refuser.

2° On ne devrait les refuser que s'il y avait dans leur famille du cancer et de la dartre, soit chez leurs parents, soit chez leurs frères ou sœurs, etc. Mais alors, ce que nous avons dit au sujet du cancer leur est applicable.

XVII. — DERMATOPATHIES CONSTITUTIONNELLES ET GRAVES

Parmi les affections de la peau, autres que celles qui constituent la dartre, beaucoup sont héréditaires aussi. Celles qui se rattachent à l'arthritisme, à la scrofule, à la syphilis, le sont à un degré plus ou moins grand. — Mais les développements dans lesquels nous sommes entrés au sujet de ces maladies constitutionnelles nous dispensent de considérer à part leurs manifestations externes. Du reste, ces

dermatopathies diathésiques attaquent beaucoup moins l'existence que les viscéropathies.

Le *lupus* est une *scrofulodermie* dont l'existence chez les parents sera difficilement avouée, et qui n'implique aucune fatalité héréditaire de nature à faire refuser le proposant qui en serait menacé.

Parmi les *affections malignes* de la peau et des muqueuses, le *cancer* vient avant le lupus, sinon comme fréquence, du moins comme gravité. A proprement parler, le vrai cancer primitif, carcinome, sarcome, est extrêmement rare sur la peau. Le plus ordinairement, ce sont des épithéliomas qui s'y produisent (épithéliomas de la face, des parties génitales, de la langue, du palais, du pharynx et du larynx, etc.). Ces derniers sont les plus dangereux. La prédisposition héréditaire joue certainement un rôle considérable dans leur étiologie. Mais nous ne pensons pas cependant que, dans les conditions ordinaires d'une bonne santé, le proposant doive être refusé par cela seul que son père, par exemple, sera mort d'un psoriasis de la langue suivi d'épithélioma.

La *lèpre* qui est une affection constitution-

nelle, infectieuse et contagieuse, se transmet par hérédité. — Ce fait a été nié, mais il a en sa faveur de grandes autorités. Ainsi Danielsen et Boeck l'ont constaté 127 fois dans 145 cas ; ils ont observé que la maladie se propageait surtout en ligne collatérale et qu'elle pouvait étendre son influence jusqu'à la quatrième génération. Comme fort heureusement cette grave maladie n'est pas endémique dans notre pays, on ne rencontrera sans doute jamais un proposant qui accuse dans sa famille des antécédents lépreux.

Dans les pays où la lèpre est endémique, il faudrait refuser l'assurance sur la vie à un proposant issu de parents lépreux ou entouré de frères ou de sœurs atteints de cette maladie.

XVIII. — DYSCRASIES, INFIRMITÉS, ETC.

Parmi les dyscrasies, certaines altérations du sang telles que l'anémie, la chlorose, l'hémophilie (fluidité spéciale du sang), l'inopexie, la pléthore sanguine, sont considérées comme étant des maladies héréditaires. Cette hérédité vague a peu de conséquences et ne constitue que des prédispositions primées

par beaucoup d'autres causes plus profondément enracinées dans l'organisme.

Nous ne dirons rien de l'hérédité de la cataracte, de la myopie, du strabisme, etc. etc. et autres particularités morbides et infirmités dont on n'a point à se préoccuper beaucoup au sujet des assurances sur la vie.

Section II. — Hérédité descendante

Dans la question de l'hérédité il faut faire entrer aussi en ligne de compte les effets de la transmission du proposant à sa descendance. On peut en tirer des renseignements d'une certaine valeur pour les assurances sur la vie. Il est bien évident, en effet, que si des parents donnent naissance à toute une lignée d'enfants malingres, cacochymes, scrofuleux, tuberculeux, névropathes, etc., il y a de grandes probabilités pour qu'eux mêmes ne soient pas sains, malgré les apparences d'une santé irréprochable.

En pareil cas il ne faudrait accepter l'assurance qu'avec la plus grande circonspection, et considérer comme de très mauvais signes, pour la longévité des parents, les avorte-

ments répétés et les accouchements prématurés d'une part, et, d'autre part, les infirmités, les déformations, les maladies chroniques des enfants.

S'il existe des maladies constitutionnelles chez les ascendants, le pronostic sera encore plus grave et on tiendra pour suspect tout proposant qui, issu d'une race malsaine, aura des enfants malsains, ce proposant eût-il toujours été et fût-il encore dans des conditions de santé acceptables.

Il ne faut pas se hâter de croire à l'immunité absolue de l'individu ainsi héréditairement prédisposé. Sans doute la transmission saute souvent une génération. La génération intermédiaire peut échapper à l'influence morbide, ce n'est pas douteux. Mais, bien souvent aussi il n'y a qu'une interversion dans l'époque d'apparition des accidents. L'interruption n'est qu'illusoire et l'hérédité devient réellement continue. Ainsi, par exemple, une femme issue de phtisiques pourra, quoique bien portante, donner naissance à des enfants qui mourront de méningite tuberculeuse. Eh bien, devra-t-on l'accepter? Il sera permis d'hésiter,

car elle-même pourra succomber bien des années après à la tuberculisation pulmonaire. Pour le cancer il en est de même. La transmission héréditaire se manifeste quelquefois plus tôt dans la troisième génération que dans la deuxième. Ainsi, une femme issue de cancéreux pourra donner naissance à des enfants qui seront atteints et mourront avant elle de cette affection. En voici un exemple : Une femme à 75 ans eut un cancroïde du vagin ; sa fille était morte plus de 20 ans auparavant d'un cancroïde du rectum (Raynaud).

Nous devons conclure de ce qui précéde que tout proposant, placé entre deux générations atteintes de maladies constitutionnelles, court grand risque de ne pas y échapper, et que son immunité est trompeuse, parcequ'il est fort possible qu'elle ne soit que momentanée.

La santé des enfants est donc un élément d'appréciation dont la valeur est incontestable ; mais il faudra rechercher si les maladies dont ils sont atteints proviennent du père ou de la mère, ou bien de tous les deux. Si celui des conjoints qui se présente à l'assurance

paraît seul responsable de la maladie des enfants, s'il est avéré que ses parents ont été frappés de la même maladie, on sera presque en droit de le refuser, à moins toutefois que par son âge, son passé personnel, l'intégrité et le fonctionnement parfait de tous ses organes, il n'offre des garanties suffisantes de longévité.

Dans toutes ces questions si délicates il faudra pousser l'enquête ausssi loin qu'on le pourra. Aucune règle absolue ne peut être formulée d'avance d'une façon précise. — Qu'il nous suffise de dire que les parents sont quelquefois atteints longtemps après leurs enfants de la maladie qu'ils leur ont transmise.

CHAPITRE II

DES CAUSES ACCIDENTELLES OU DÉTERMINANTES

Dans la grande classe des maladies dont nous venons d'étudier l'étiologie héréditaire, la spontanéité innée de l'organisme est portée à son plus haut degré. L'action morbide se produit d'elle même, sans qu'il soit nécessaire, dans la plupart des cas, qu'une cause extérieure à l'individu la pousse à entrer en jeu et, bien moins encore, la produise de toutes pièces. — Aussi l'influence de toutes les causes qu'on nomme déterminantes n'est-elle ici que secondaire, accessoire et même presque toujours insignifiante ou trompeuse. Cette influence se trouve réduite à son minimum. — Les diathèses, les maladies constitutionnelles sont à elles-mêmes leur propre

cause. On a beau la chercher en dehors de l'organisme, on ne l'y trouve presque jamais. Elle renaît dans l'individu lui-même où le germe en a été déposé par la transmission héréditaire. — Toute la question étiologique se résume donc dans l'hérédité.

Sans doute pour un certain nombre de diathèses, telles que la scrofule, le rhumatisme, la goutte, on peut signaler quelques causes étrangères à l'individu, les circonstances hygiéniques par exemple : habitations humides et malsaines, viciation de l'atmosphère, alimentation insuffisante, ou abus de certains ordres d'aliments, excès de toute nature, etc., etc.

Mais comment savoir d'une façon un peu précise que tel ou tel proposant a été, est ou sera soumis à l'action de cet ordre de causes? Comment mesurer, même approximativement, leur action, fixer le moment où elles commencent à agir? — Si nous n'y arrivons que difficilement avec les personnes que nous connaissons de longue date, l'enquête ne restera-t-elle pas forcément sommaire et insuffisante avec un étranger qu'on voit pour la première fois?

Néanmoins il faudra la faire et la pousser

aussi loin que possible, surtout quand on soupçonnera chez le proposant quelque tare héréditaire. S'il est à peu près certain, en effet, que le concours, même le plus favorable, des causes extérieures est incapable de créer une maladie constitutionnelle, il est non moins certain qu'il est tout puissant quelquefois pour réveiller la prédisposition héréditaire qui, sans lui, ne serait pas sortie de son sommeil. Nous doutons qu'on pût faire à volonté, et expérimentalement, un rhumatisant, un goutteux, un scrofuleux. Mais, en imposant tel ou tel genre de vie à un sujet prédisposé héréditairement ; en dirigeant contre lui les agents les plus propres à attaquer le côté faible de sa santé, on parviendrait infailliblement à susciter l'action morbide restée jusqu'alors chez lui à l'état de latence ou de virtualité. Chez les uns elle entrera en jeu au plus petit ébranlement organique produit par la cause occasionnelle; chez d'autres, il faudra plusieurs assauts, à des intervalles plus ou moins éloignés, ou une influence souvent continuée, pendant des années etc., etc.

Le degré de résistance donnera la mesure de la tare héréditaire Elle sera à son maximum chez les individus qui en subissent les

effets en l'absence de toute cause provocatrice et malgré la soustraction attentive de toutes les influences funestes. Elle sera à son minimum chez ceux qui, tout en étant sur la limite de la détermination morbide, la cotoient et lui échappent, grâce aux circonstances hygiéniques qui contrebalancent les dispositions innées. On pourra la considérer comme nulle chez ceux qui, ayant pu la recevoir de leurs parents, n'en subissent point les atteintes, malgré les conditions nuisibles de régime et de milieu.

Ces considérations générales ne sont pas inutiles. Elles doivent être présentes à l'esprit du médecin. Il est indispensable, qu'après un interrogatoire précis sur l'hérédité du proposant, et sur les conditions matérielles et morales de sa vie, il embrasse dans une vue d'ensemble son état général passé et présent, qu'il entrevoie les éventualités prochaines ou éloignées, qu'il sache quels sont les côtés faibles de sa santé, par quoi il sont menacés ou sauvegardés, sur quel point doit porter son examen ultérieur, etc.

Cette première appréciation, faite avec un esprit vraiment médical et en dehors de tout parti pris systématique, fournit des données

précieuses et dont on doit tenir le plus grand compte dans la supputation des risques. Toutefois, si on en exagérait la portée et si on s'y attachait trop exclusivement, on serait entraîné à refuser la majorité des proposants. Il y en a en effet bien peu qui soient absolument irréprochables et comme antécédents héréditaires et comme conditions hygiéniques.

Nous ne saurions approuver la pratique des médecins qui s'imaginent que le premier coup d'œil sur le proposant, la première impression que vous laissent ses réponses, sont à peu près suffisantes pour décider de son refus ou de son acceptation. Combien de fois n'arrive-t-il pas qu'un examen plus approfondi dissipe les craintes ou détruit les espérances que faisait concevoir l'enquête préliminaire ?

Parmi les maladies constitutionnelles, il n'y en a qu'une qui soit, dans l'immense majorité des cas, bien et dûment acquise et dont on puisse déterminer la date d'une façon exacte : c'est la *syphilis*. Pour toutes les autres, même pour les intoxications telles que l'alcoolisme, on ignore ou on ne fait que soupçonner l'âge de la diathèse ou de la dyscrasie. Il y a une période de latence, de

préparation, dont le commencement, le travail souterrain, l'existence même nous échappent. Avec la syphilis, au contraire, nous avons la certitude que l'infection s'est fatalement produite durant la phase de l'accident primitif, de la néoplasie initiale. Et non seulement nous possédons cette donnée certaine, mais nous avons en outre jusqu'à un certain point la possibilité de calculer, étape par étape, la succession, la durée, la gravité des conséquences de cette grande maladie, à partir de l'époque où elle s'est emparée de l'organisme. Aussi a-t-on pu dire avec raison qu'elle était le type des maladies infectieuses généralisées, des maladies constitutionnelles, des diathèses. A ce titre et à beaucoup d'autres elle mérite d'être étudiée à part et c'est ce que nous ferons plus loin.

I. — ÉTIOLOGIE DE LA PHTISIE ACQUISE

Depuis la découverte du bacille de la tuberculose, toutes les affections qui se rattachent à cette maladie constitutionnelle sont considérées comme infectieuses. C'est là un

côté de leur histoire qu'il ne faut pas perdre de vue et qui, comme importance, est presque sur la même ligne que l'hérédité. Le caractère infectieux d'une affection implique en effet la contagion. Or, du moment qu'une maladie constitutionnelle est contagieuse, son étiologie n'est plus exclusivement confinée dans la transmission héréditaire. Cette maladie, en effet, peut être aussi une maladie acquise comme la syphilis, par communication directe ou indirecte. Son problème étiologique se trouve encore embrouillé par ce fait qu'un ensemble très complexe de circonstances antihygiéniques innombrables est capable de la créer de toutes pièces.

Ce que nous disons là s'applique surtout à la *phtisie pulmonaire*. Elle est peut-être en tête de toutes les maladies que redoutent le plus les compagnies d'assurances. Aussi faut-il que le médecin connaisse, en ce qu'elles ont de plus essentiel, toutes les conditions de son étiologie.

Dans le chapitre précédent, nous avons vu que la moitié environ des phtisies provenait d'une source héréditaire. — L'autre moitié constitue la phtisie acquise.

Si on voulait exposer toutes les causes qui ont été assignées à la phtisie, il faudrait écrire un volume. Nous nous bornerons à énumérer les principales, sans espérer que leur connaissance puisse être d'un grand secours pour l'appréciation des risques. — La plupart sont banales; il est difficile et même impossible de savoir si le proposant y a été exposé, si elles ont agi sur lui, dans quelle mesure elles l'ont fait, etc., etc. Ces causes sont l'insuffisance d'air atmosphérique, l'air vicié, l'obscurité, l'humidité, le refroidissement, l'alimentation insuffisante, les excès de toute sorte, etc., etc.

Les professions fournissent un facteur étiologique plus saisissable. Lombard de Genève a fait de nombreuses statistiques sur la phtisie considérée dans ses rapports avec la profession des malades. Elles peuvent donner au médecin d'assurances quelques renseignements; mais ces renseignements ne constituent pas une base très solide d'appréciation. Cependant on en tiendra compte, surtout chez les personnes tant soit peu prédisposées par leurs antécédents héréditaires, ou sujettes à des affections bronchiques légères qui, chez

d'autres, ne seraient point un motif de refus (1).

Les données étiologiques fournies par les influences climatériques sont extrêmement vagues, incertaines et ne seront généralement d'aucun secours pour le médecin dans les cas douteux. La phtisie se montre sous toutes les zônes et il n'y a pas de climat qui possède la propriété incontestée d'en arrêter le développement. D'après Muhry, il est très probable qu'elle diminue avec l'altitude et qu'à une certaine limite, elle disparaît complètement. Cette action préservatrice des altitudes élevées est un fait généralement admis. Rare

(1) Voici ce tableau :

Les mouleurs donnent........	145/1000	Phtisiques
Les ouvriers sédentaires dans une chambre trop étroite...........	140/1000	—
Les ouvriers dans un air sec et chaud........................	128/1000	—
Les ouvriers en plein air.........	80/1000	—
Les professions où l'on parle beaucoup.....................	79/1000	—
Les professions qui s'exercent à l'air humide..................	39/1000	—

D'autres tableaux (Benoiston, Hanover) donnent des résultats qui ne concordent pas toujours entre eux ni avec ceux de Lombard. Aussi croyons-nous que l'influence des professions dans la pathogénie de la tuberculose pulmonaire est loin d'être encore établie d'une façon positive et que les statistiques ne nous apprennent presque rien sur ce sujet.

aussi dans les régions pôlaires, cette maladie s'observe surtout dans les régions tempérées, au milieu des agglomérations et principalement dans les grands centres industriels. Elle est fréquente dans les régions tropicales. Un air insuffisant, concentré, une alimentation qui n'est pas en rapport avec les conditions climatériques, les excès de boissons alcooliques, le défaut d'exercice musculaire sont les circonstances les plus favorables au développement de la tuberculose. La race est sans influence appréciable sur son développement. Cependant les sauvages n'en sont pas atteints; c'est une maladie propre aux peuples civilisés. Or, comme ce sont ceux-ci qui s'assurent, on voit que presque tous les proposants se trouvent plus ou moins exposés aux conditions climatériques qui favorisent le développement de la phtisie.

Que conclure de ce qui précède? Rien qu'on puisse formuler d'une façon exacte. Le médecin ne parviendra jamais à découvrir, en dehors de l'individu, un ensemble de causes assez probantes pour affirmer que, de par elles, il est condamné à une phtisie imminente. Il faudra qu'il recherche les germes et les vestiges de l'affection dans la famille du

proposant, dans ses ascendants, ses collatéraux, ses enfants, sa femme. En dehors de là, ses investigations n'aboutiront à aucun résultat.

Nous devons accorder dans la question étiologique de la phtisie une place importante à la santé des conjoints. On la néglige ou on la passe sous silence dans la plupart des questionnaires et c'est un tort. N'a-t-elle pas en effet, fourni les arguments les plus concluants à ceux qui prétendent que la phtisie est contagieuse ? La croyance à la contagion de la tuberculose pulmonaire a passé par des phases bien diverses. Galien, Baglivi, Joseph Franck, Baumès, Hufeland l'admettaient ; mais Portal, Laënne, Watson la repoussaient énergiquement. — On ne s'en occupait plus beaucoup, lorsque les travaux de M. Villemin sur l'inoculabilité des produits tuberculeux et la découverte du bacille de la tuberculose par Koch ont rappelé l'attention sur ce sujet. Aujourd'hui on considère la phtisie comme le résultat d'une infection parasitaire. Le corollaire forcé de cette manière de voir, c'est qu'elle est contagieuse. Les faits ont-ils donné raison à la théorie ?

Pidoux est, de nos jours, le médecin qui a mené avec le plus de verve et d'éloquence la campagne contre les partisans de la contagion (1). — Il accorde qu'elle peut jouer un rôle, mais un rôle tout à fait secondaire, et qu'une longue et intime cohabitation est suffisante parfois pour communiquer la phtisie à un individu qui sans elle n'en aurait jamais été atteint. Néanmoins, il nie énergiquement que la phtisie soit contagieuse. — Qu'importe la théorie si le résultat est indéniable ?

Récemment, la contagion de la phtisie a été soutenue et adoptée par un grand nombre de médecins. Elle n'est ni aussi prompte ni aussi facile que dans beaucoup d'autres ma-

(1) « Pour moi, dit-il, un des médecins de France qui voient le plus de phtisiques et qui, depuis la discussion de l'académie en 1867-68, me suis scrupuleusement appliqué, tant à l'hôpital de la Charité où mon service est très chargé de phtisiques, que dans ma clientèle de Paris et des Eaux-Bonnes, à rechercher les faits qui peuvent déposer en faveur de la contagion de la phtisie, je déclare n'avoir observé que quatre cas dans lesquels la maladie s'est développée chez des sujets qui n'en paraissaient pas affectés pendant qu'ils donnaient des soins assidus à des phtisiques et qui n'ont présenté les premiers symptômes de la tuberculose pulmonaire que plusieurs mois après la mort de ceux qui les auraient infectés. Eh bien ! ce chiffre imperceptible dans une maladie si commune a-t-il la prétention de prouver la contagion de la phtisie, en face de 5000 faits dans

ladies infectieuses aiguës ou chroniques. Son coefficient est faible. Pour qu'elle se produise, il faut les rapports intimes et prolongés de la cohabitation.

On observe plus fréquemment la transmission du mari à la femme (Guéneau de Mussy, Guibout, Tissier, Hérard). — On a cherché à expliquer cette fréquence plus grande en supposant que la femme, dans une ou plusieurs de ses grossesses, avait été contaminée par l'intermédiaire de fœtus issus d'un père phtisique. De pareils faits s'observent dans la syphilis. C'est une sorte d'hérédité rétrograde.

La croyance à la contagion de la phtisie a

lesquels l'origine de la maladie a été incontestablement accidentelle, quand elle n'a pas été soit acquise, soit diathésique, soit héréditaire et de plus dégagée de toute circonstance où elle aurait pu être contractée par contagion?... Voilà, ajoute-t-il, une maladie qu'on fait naître sous l'influence de fatigues, d'excès, de chagrins, de tristesse, etc. Vous ajoutez à ces conditions pathologiques spéciales une imprégnation immédiate et prolongée du sujet au moyen des exhalaisons qui émanent du corps d'un phtisique en colliquation. La personne ainsi prédisposée et ainsi imprégnée, supposons que ce soit la femme du phtisique, commence une phtisie quelques mois après la mort de son mari dont elle a partagé la chambre et le lit jusqu'aux derniers jours, et vous assimilez cet exemple à un fait de contagion! Mais faut-il tout cela à la morve et à la syphilis pour se produire? etc. »

surtout régné et règne encore dans les contrées méridionales de l'Europe. A Naples, au dernier siècle, on prenait contre les phtisiques les mesures de prophylaxie les plus sévères. Les mêmes rigueurs étaient décrétées dans beaucoup de villes de l'Europe. Aujourd'hui, on s'abstient de ces mesures préventives, absurdes et même iniques ; mais, parmi les précautions hygiéniques les plus indispensables, on prescrit la séparation des époux auxquels on ne permet ni lit commun, ni chambre commune.

De ce qui précède, il nous paraît rationnel de tirer les conclusions suivantes :

1° En dehors de l'hérédité, il est à peu près impossible de déterminer les conditions étiologiques qui prédisposent tel ou tel proposant à la phtisie et la rendent chez lui plus ou moins probable.

2° Aucune d'elles séparément, ni même la plupart réunies, ne sont d'un effet assez calculable pour motiver un refus absolu. Du reste, elles exigeraient une enquête à laquelle le médecin examinateur ne peut pas se livrer.

3° Si un proposant, prédisposé héréditairement à la phtisie et arrivé à la période

moyenne de la vie, a subi ces épreuves anti-hygiéniques, sans que sa santé en ait été ébranlée, il faudra l'accepter, alors même qu'il y resterait encore plus ou moins exposé.

4° Après l'hérédité de la phtisie, sa contagion est la circonstance étiologique dont on devra le plus se préoccuper. Aussi faudra-t-il s'enquérir avec grand soin de la santé des conjoints.

5° Si une femme déclare qu'elle vit depuis longtemps avec son mari arrivé progressivement aux phases avancées de la phtisie, il faudra la tenir comme suspecte, alors même que sa santé paraîtrait irréprochable au moment de l'examen.

6° Si cette même femme est jeune encore et a eu déjà plusieurs enfants de son mari phtisique, il faudra la refuser, alors même qu'elle serait à peu près dans les conditions ordinaires d'acceptation, et à plus forte raison pour peu qu'elle fût délicate, maigre et anémique, etc.

7° Si c'est le mari qui cohabite depuis longtemps avec sa femme notoirement phtisique, s'il n'a aucune tare héréditaire, si sa santé est parfaite et s'il a atteint la période moyenne de la vie, on devra l'accepter.

8° Mais pour peu qu'il fût d'une santé défectueuse, il faudrait le refuser, l'ajourner ou soumettre le cas à l'administration. — S'il était jeune et un peu prédisposé, on n'hésiterait pas à le refuser.

Parmi les causes qui mettent en jeu la prédisposition tuberculeuse héréditaire ou acquise, il faut placer la grossesse en première ligne. C'est elle qui, deux fois sur trois, la détermine (Caresme). La gestation n'agit sur l'évolution tuberculeuse que chez les sujets offrant une prédisposition héréditaire. Avant de faire naître la phtisie, elle détermine des phénomènes chloro-anémiques prémonitoires qui, survenus pendant ou après la grossesse, persistent jusqu'à l'explosion des premiers symptômes thoraciques. La lactation agit dans le même sens. Les complications de la puerpéralité renforcent cette influence pernicieuse, etc.

On peut tirer de ce qui précède les conclusions suivantes :

1° Si une proposante ayant dans sa famille des antécédents héréditaires non douteux, n'a jamais été sérieusement malade, et surtout, si

elle a supporté, sans en être atteinte, l'épreuve d'une et, à plus forte raison, de plusieurs grossesses suivies de lactation prolongée, on devra l'admettre sans restriction.

2° Mais si une proposante, soupçonnée seulement d'un vice tuberculeux héréditaire ou acquis, a eu des grossesses pénibles qui ont altéré notablement sa santé et produit chez elle une anémie persistante, il faudra la refuser, quand même ses poumons auraient toujours été et seraient encore intacts.

Il y a certaines maladies qui ont passé et qui passent toujours aux yeux d'un grand nombre de médecins pour être les antagonistes de la phtisie : l'emphysème, l'asthme, les maladies du cœur, la chlorose vraie et franche (Pidoux), la cachexie palustre, l'intoxication saturnine, l'arthritis, etc. — Il y aurait beaucoup à dire contre ce prétendu antagonisme, Mais cette question ne doit pas nous occuper, puisque toutes les maladies qu'on suppose capables de prévenir ou d'enrayer la tuberculose pulmonaire constituent pour le médecin d'assurances des motifs péremptoires de refus. — Il en est de même de celles qui, comme la grossesse, en favorisent l'apparition chez

les prédisposés : diabète, albuminurie, syphilis, pleurésie, maladies utérines, les grandes névropathies, etc., sans compter les maladies aiguës et en particulier la rougeole, la coqueluche et leurs complications broncho-pulmonaires.

II. — ÉTIOLOGIE DU CANCER ACQUIS

En dehors de l'hérédité, les conditions étiologiques du *cancer* sont encore plus vagues que celles de la tuberculose pulmonaire. Elles ne peuvent fournir aucune donnée sérieuse pour l'appréciation des risques. Le régime alimentaire, la constitution, les climats n'ont aucune influence sur la production de la diathèse cancéreuse. L'abus du tabac est la principale cause de l'épithélioma de la bouche *(Cancer des fumeurs)*.

Il n'y a point d'antagonisme entre le cancer et d'autres maladies, les tubercules par exemple. Ses affinités sont aussi à peu près nulles : il faudra cependant faire une exception pour les maladies de la peau qui proviennent de la dartre. Ce sont les seules qui, dans l'isolement pathogénique où se trouve le cancer,

puissent le faire prévoir. Cette affinité élective a été nettement formulée par Bazin et Hardy. Elle est réelle. Aussi, un médecin d'assurances ayant à juger les chances de longévité d'un dartreux devra-t-il ne pas perdre de vue la possibilité du cancer. Toutefois, cette possibilité ne lui fera pas refuser un herpétique, n'ayant eu que des affections cutanées superficielles et exempt d'antécédents héréditaires cancéreux (Voyez p. 111).

Dans le cancroïde, l'influence du sexe est considérable. Il est trois fois plus fréquent chez l'homme que chez la femme. Les neuf dixièmes des cancroïdes de la lèvre inférieure appartiennent au sexe masculin. La cavité buccale est aussi, chez la femme, bien plus rarement atteinte. Aux autres régions de la face, l'affection se montre avec une égale fréquence dans les deux sexes, si ce n'est aux joues où elle conserve encore sa prédominence chez l'homme. Ces faits ne pourraient être utilisés par le médecin d'assurances, que s'il constatait quelque lésion naissante de nature équivoque dans ces régions. S'il s'agissait d'une femme, il y aurait de grandes chances pour qu'elles ne fussent pas épithéliales. Ce serait le contraire chez l'homme.

III. — ÉTIOLOGIE DE L'ARTHRITISME ACQUIS

Dans *l'arthritisme* et les nombreuses affections qui en dérivent et dont il est la souche, les causes déterminantes n'occupent qu'une place peu importante. Aussi serait-il téméraire de s'appuyer sur elles seules pour préjuger que tel ou tel individu soumis à leur influence deviendra forcément tôt ou tard rhumatisant ou goutteux. — Sans doute l'arthritisme, comme les autres maladies constitutionnelles, peut s'acquérir et atteindre des familles qui en avaient été exemptes jusque là. Mais comment et à quel moment le fera-t-il? Voilà ce qu'il est difficile de deviner. Aussi le médecin d'assurances devra-t-il s'en tenir sur ce point d'étiologie, comme sur tous ceux qui sont en dehors de l'hérédité, à une appréciation générale des causes antihygiéniques, des milieux malsains, des professions insalubres, etc. Il ne sera que très rarement conduit à refuser un proposant qui a vécu indemne, quoique exposé à ces causes déterminantes. Bien au contraire, il semble que

la résistance qu'il a opposée à leur action soit une garantie pour l'avenir.

Le rhumatisme sous toutes ses formes, la goutte, les maladies du cœur, l'angine de poitrine, l'asthme, l'emphysème et l'artériosclérose naissent sans doute en dehors de la transmission héréditaire, mais l'ensemble des conditions étiologiques et pathogéniques qui concourent à les produire est trop complexe, et surtout trop vague, pour former une base solide d'appréciation.

IV. — ÉTIOLOGIE DE L'ALCOOLISME

Il n'en est pas ainsi pour d'autres maladies générales dont on peut saisir et même mesurer la cause. Telles sont les maladies toxiques.

La plus commune et en même temps une des plus graves, c'est *l'alcoolisme*. L'hérédité entre pour une part assez large dans la disposition morbide qui y prédispose. Parmi les ascendants des alcooliques, on trouve des dipsomanes, des névropathes, etc. Mais les circonstances, les professions, le climat, le milieu ont une influence prépondérante, et

cet ordre de causes, doit être recherché avec soin par le médecin examinateur.

Qu'on ne s'attende point à obtenir aisément l'aveu d'un penchant ou d'un vice, même quand il n'est qu'à l'état naissant. — Il y a du reste des personnes qui restent longtemps inconscientes de leurs habitudes alcooliques et qui s'imaginent n'absorber que la quantité de vin ou de spiritueux qu'elles sont capables de supporter impunément. On devra donc découvrir ou deviner l'alcoolisme. Rarement le proposant vous mettra de lui-même sur la voie. Il ferait plutôt le contraire.

Sur quoi donc faudra-t-il se fonder pour soupçonner que tel ou tel individu sera plus ou moins fatalement entraîné à devenir alcoolique ? — Indépendamment des prédispositions dont ils peuvent avoir hérité, certains individus, par leur profession, sont presque condamnés à l'abus des boissons alcooliques. Ce sont :

1° Les chauffeurs, les forgerons, les boulangers, les cuisiniers etc., qui sont constamment exposés au feu et obligés de déployer une somme de force plus ou moins considérable. Il est vrai que souvent, par le fait des conditions mêmes où ils se trouvent,

ces individus, surtout les boulangers et les forgerons, dont le travail dépense et brûle beaucoup, supportent assez facilement les excès alcooliques. Chez les cuisiniers l'alcoolisme se complique vite de dyspepsie et d'anémie ou d'une obésité excessive.

2° Les marchands de vin, les limonadiers, les courtiers, les commis-voyageurs, les liquoristes, les bouchers, etc., tous ceux qui, par métier, sont exposés à la tentation de boire ou forcés de le faire pour amorcer leur clientèle.

3° Une grande classe d'ouvriers, condamnés aux rudes travaux du corps (terrassiers, maçons, charpentiers, etc., etc.), vivant en commun, s'excitant à boire par politesse, et prenant l'habitude de « chasser le miasme » en absorbant le matin à jeun du vin blanc ou des liqueurs alcooliques.

4° Les marchands forains, les cochers, les palefreniers, etc., qui gagnent de l'argent, ont quelques loisirs et vivent en assez mauvaise compagnie.

5° Les vieux militaires, principalement ceux qui ont séjourné longtemps en Afrique, où l'abus de l'absinthe est si répandu.

6° Les gens très pauvres et misérables dans

les grands centres de population. Mais ceux-là ne s'assurent guère.

Le médecin d'assurances aura souvent à examiner les gens qui manipulent les boissons, et il se tiendra en garde contre les nombreuses professions que comprend leur commerce. Quelques-unes, comme celles de marchand de vin, de distillateur sont très suspectes. Ceux qui les exercent finissent à peu près toujours par s'intoxiquer même malgré eux. A elles seules ces professions fourniraient presque à priori un motif suffisant de refus. (1).

Nous ne faisons que signaler ici les points principaux sur lesquels doit se porter l'attention du médecin. Il tiendra compte aussi des climats, des races, des conditions sociales, des changements de milieu, de l'état moral et physique des proposants, etc. L'enquête est malaisée et délicate : il faudra la faire à mots couverts, avec beaucoup de prudence et de ménagements.

(1) Les professions de cuisinier et de boulanger peuvent être considérées comme des plus mauvaises. Les vieux militaires retraités et oisifs sont aussi très fréquemment adonnés aux habitudes alcooliques qui se compliquent chez eux de tabagisme.

Les femmes sont moins souvent que les hommes atteintes des accidents de l'alcoolisme. Sur 132 malades traités par M. Huss, dans l'espace de 3 ans, il y avait 123 hommes et 13 femmes.

Il faudra rechercher quel est l'espèce de liquides dont les proposants auraient de la tendance à abuser. Aujourd'hui que le vin devient de plus en plus rare, l'alcoolisme s'aggrave, parce que les boissons qu'on fabrique pour remplacer ce que détruit le phylloxera, sont de qualité inférieure ou falsifiées. L'absinthe, les mauvaises eaux-de-vie et les liqueurs qui en dérivent, le gin, le wiskhy, les vins blancs artificiels, sont les boissons dont l'abus est le plus funeste.

Chez les proposants qui s'expatrient pour aller dans les pays chauds, on devra se montrer très sévère au sujet de l'alcoolisme. Le moindre soupçon un peu fondé fera rejeter l'assurance, parce que l'habitude vicieuse ne se corrigera point. Elle ne fera que s'accentuer par le changement de climat et deviendra rapidement plus funeste dans les nouvelles conditions de température, de régime et de mode d'existence.

V. — MORPHINISME CHRONIQUE. — TABAGISME. — THÉISME

I. — Un nouveau genre d'intoxication dont le médecin d'assurances doit se préoccuper, c'est celui qui a pour agent l'opium. Autrefois cette intoxication était très rare ; mais depuis une vingtaine d'années, les cas de *morphinisme chronique* deviennent de plus en plus fréquents. — Ils ont apparu et se sont multipliés à partir de l'époque où les injections hypodermiques des sels de morphine sont devenues d'un emploi constant en thérapeutique. L'usage irréfléchi ou intempestif de ce médicament si précieux dans tant de circonstances, peut produire une des plus redoutables intoxications.

Levinstein, l'un des premiers, a parfaitement décrit tous les accidents qui constituent le morphinisme chronique. Il le compare avec raison à l'alcoolisme. Entre les effets qu'ils produisent tous les deux, les analogies sont en effet frappantes ; mais leurs causes diffèrent. Ce ne sont pas, en effet, des gens bien portants qui, pour le plaisir de se procurer

des sensations plus ou moins agréables, iront s'injecter sous la peau des doses de plus en plus considérables de morphine. On est entraîné à cette pratique, où l'abus devient si facile, par une maladie dont il faut calmer les symptômes douloureux, ou bien par une névrose. Or, l'existence de ces troubles suffit la plupart du temps pour faire rejeter l'assurance. Le médecin examinateur devra toujours rechercher chez les femmes vaguement nerveuses ou atteintes d'une névropathie précise comme l'hystérie, par exemple, s'il n'existe pas des habitudes d'injections morphinées. — Leur constatation fera refuser une assurance que, sans cela, il eût été peut-être possible d'accepter.

Tout proposant, surtout du sexe féminin, névropathe ou sujet à des affections douloureuses, est exposé de nos jours à tomber dans le morphinisme. L'étude de cette intoxication est donc une annexe de la pathologie nerveuse et on ne la négligera pas dans l'interrogatoire.

II. — Parmi les autres intoxications, il suffira de signaler le *tabagisme* qui résulte de l'abus du tabac à fumer, le *théisme* causé par l'abus du thé. Le premier s'associe sou-

vent à l'alcoolisme. Tous les deux conduisent à des troubles dynamiques du cœur qui produisent des palpitations, des intermittences, des angines de poitrine, etc., dont nous nous occuperons ultérieurement.

VI. — SATURNISME

C'est une intoxication très grave, mais qui n'a pas dans les assurances sur la vie le même intérêt ni la même importance que l'alcoolisme. Ceux qui y sont exposés sont, en effet, relativement rares et ne s'assurent guère. Parmi eux viennent, en première ligne, tous les ouvriers qui manient le plomb ou ses combinaisons, ceux qui sont employés aux mines, aux fabriques de céruse et de minium, les peintres en bâtiment, les fabricants de cartes glacées, les typographes, les vitriers, etc. — Toute cette catégorie de proposants, surtout les ouvriers qui travaillent directement le plomb et ses préparations, doit être en principe exclue de l'assurance, parce que l'intoxication et la cachexie finissent fatalement par se produire et s'établir chez eux d'une façon définitive. Sans doute, on pourra

faire quelques exceptions, mais elles seront rares.

VII. — PROFESSIONS QUI EXPOSENT A DES INTOXICATIONS DANGEREUSES

Contentons-nous de les énumérer. Après le *saturnisme professionnel* qu'il faut mettre en tête, viennent, mais bien loin de lui comme fréquence et comme gravité : le *cuprisme* (intoxication des ouvriers qui travaillent le cuivre) ; — l'*hydrargyrisme* professionnel auquel sont exposés les ouvriers qui extraient le mercure des mines sous la forme de cinabre, les étameurs de glace, les chapeliers, etc. ; — l'*arsénicisme* professionnel ; — le *phosphorisme* professionnel ; — les intoxications provoquées par la *benzine*, la *nitrobenzine*, la *fuschine*, l'*anoline* ; — celle que produit le *sulfure de plomb*, etc.

Les ouvriers qui sont exposés à ces empoisonnements chroniques professionnels ne forment qu'une partie tout à fait insignifiante de la clientèle des Compagnies d'assurances, aujourd'hui du moins, mais peut-être n'en sera-t-il pas ainsi plus tard. Quoiqu'il en soit, le médecin examinateur doit connaître les

dangers prochains ou éloignés qu'impliquent de semblables professions. Presque toutes excluent l'assurance.

Parmi ces intoxications, il faut noter l'*alcoolisme professionnel*. Il atteint les ouvriers qui travaillent dans des caves où sont renfermés en grande quantité des *esprits* et des *vins capiteux*. On l'a observé fréquemment chez les individus employés aux docks de Londres où s'entassent d'immenses quantités d'eaux-de-vie, de spiritueux de toute espèce, et des vins d'Espagne, de Portugal, d'Italie, très riches en alcool. C'est par l'atmosphère imprégnée de vapeurs alcooliques que se produit en pareil cas l'intoxication. Elle ne diffère pas de l'acoolisme ordinaire. Chez nous, cet alcoolisme professionnel atteint souvent les *dégustateurs de Bercy*, qui hument les alcools et les vins sans jamais les avaler. Si l'alcool ordinaire est un agent toxique par ses vapeurs respirées, il devient beaucoup plus nuisible quand il est mélangé avec d'autres esprits. Ainsi l'inhalation des vapeurs d'eau-de-vie de grains, de même que son absorption, est plus nuisible que celle de l'alcool ordinaire. Il en est de même de l'alcool dénaturé par le

méthylène ou esprit de bois, dont se servent les ouvriers pour l'apprêt des chapeaux de feutre et l'apprêt des étoffes de soie.

Les dégustateurs du thé, chargés à Londres de comparer et d'apprécier les diverses variétés de thés livrés à la consommation, ne tardent pas à éprouver des accidents qui se rattachent à une véritable intoxication du système nerveux et en particulier du système nerveux cardio-pulmonaire. — Les *dégustateurs de cigares* rentrent dans la même catégorie de ces professions malsaines qui doivent à priori, dans la grande majorité des cas, faire exclure ceux qui les exercent, de l'assurance sur la vie.

Nous pourrions énumérer encore bien d'autres professions nuisibles, mais nous devons nous borner à celles qui provoquent des maladies bien définies; dont on connait les symptômes, le processus et dont on peut calculer les phases et prévoir le dénouement.

VIII. — MALADIES CLIMATÉRIQUES

Le médecin d'assurances devra prendre en considération, chez les proposants, les condi-

tions climatériques et telluriques qui ont causé ou qui sont susceptibles de causer un préjudice grave à leur santé.

Si tel ou tel proposant n'a pas résisté à leur action et s'il en a subi plusieurs fois les atteintes, il faudra le refuser du moment qu'il y restera exposé.

S'il s'y est soustrait et s'il n'y a pas eu chez lui de cachexie, on pourra l'accepter.

Quand il est resté indemme et réfractaire à ces influences morbigènes une grande partie de sa vie, jusqu'à l'époque où il s'assure, selon toute probabilité il est solidement acclimaté et doué d'une immunité naturelle ou acquise qui doit le faire accepter.

Ce que nous disons là s'applique, dans nos pays, aux contrées paludéennes et vise particulièrement *l'impaludisme* dont nous avons déjà parlé précédemment. — Dans d'autres régions, les maladies climatériques et telluriques ne se bornent pas à la malaria. Il appartient aux médecins qui y résident d'apprécier toutes ces influences morbides au point de vue de l'assurance sur la vie.

DEUXIÈME PARTIE

DU PASSÉ PATHOLOGIQUE DES PROPOSANTS DANS SES RAPPORTS AVEC LES ASSURANCES SUR LA VIE

Après avoir recherché et déterminé, autant que possible, les conditions étiologiques héréditaires et ambiantes, susceptibles de modifier, dans les différentes phases de sa vie, la santé du proposant, on étudiera sur lui les effets de ces conditions, depuis sa naissance jusqu'au moment de l'examen.

Ou bien ces effets morbides ont été transitoires et ils sont guéris depuis un temps plus ou moins long, au moment de l'examen ; — ou bien ils persistent encore, lorsque le proposant vient demander l'assurance.

Ce sont les premiers dont nous allons d'abord nous occuper. Ils constituent les *antécédents* ou le *passé pathologique* des sujets.

Nous examinerons quels sont ceux qui permettent l'acceptation, ou quels sont ceux qui imposent le refus et l'ajournement. — C'est à cette recherche que sera consacrée cette deuxième partie de notre ouvrage.

Mais avant d'aborder ce sujet, nous allons dire quelques mots de certaines particularités organiques et fonctionnelles qui peuvent devenir par leur exagération un véritable état morbide. — Ce sera un premier chapitre qui comprendra le *tempérament*, la *constitution*, l'*obésité*, la *maigreur*, la *chlorose*, les *anémies*, la *leucémie*, la *pléthore* et la *neurasthénie*.

CHAPITRE PREMIER

Section I. — Tempérament. — Constitution. — Obésité. — Maigreur

I. — TEMPÉRAMENT

La manière d'être de chaque individu se traduit au premier coup d'œil par quelques caractères extérieurs qui forment son tempérament et donnent une idée de sa constitution.

D'après les anciennes idées humorales, le tempérament résultait de la prédominance que prenaient les éléments constitutifs des humeurs, et sa dénomination dérivait de l'humeur en excès. On reconnaissait ainsi quatre tempéraments principaux : le *sanguin*, le *pituiteux* ou *phlegmatique*, le *bilieux*, l'*atrabilaire* ou *mélancolique*. Leur combinaison donnait lieu à des tempéraments mixtes.

Aujourd'hui, c'est sur la prédominance d'un système organique que se fonde la

distinction des tempéraments. Il faut bien reconnaître que les caractères qui leur sont attribués par la tradition sont d'une importance très secondaire et n'ont rien de rigoureux. Certains d'entre eux semblent appartenir à la race ; d'autres, plus importants, rentrent dans les manifestations diathésiques.

La plupart du temps ils sont peu accusés, et très rarement ils fournissent un élément de quelque valeur pour l'appréciation des risques.

Les types physiologiques de l'organisation humaine se réduisent à quatre : le *sanguin*, le *lymphatique*, le *bilieux* et le *nerveux*. Le premier prédispose à la pléthore, aux congestions, aux phlegmasies et aux hémorrhagies ; le second, à la scrofule, à la phtisie et au rachitisme ; le troisième, aux affections du foie et des voies digestives, et le quatrième, à toutes les névropathies.

Il est évident que quand un de ces types physiologiques est excessivement accusé chez un proposant, il peut fournir des indications sérieuses. On ne les négligera pas, mais elles ne sont pas capables à elles seules de faire accepter ou rejeter l'assurance.

II. — CONSTITUTION

Elle exprime les divers degrés de force que présente l'économie et provient de l'ensemble des conditions organiques propres à un individu. Ses variations sont purement quantitatives. Il y a des constitutions fortes et des constitutions faibles, avec tous les degrés intermédiaires. Elles ont pour facteur l'hérédité, l'influence des milieux et des circonstances dans lesquelles on vit et on se développe.

En général, les sujets d'une constitution forte, c'est-à-dire à charpente osseuse puissante, à muscles bien développés, qui ont un sang riche, une nutrition active, une capacité respiratoire considérable, et dont toutes les fonctions s'accomplissent avec énergie, résistent mieux que d'autres aux influences nocives, et récupèrent plus vite l'équilibre organique, quand il a été troublé par les maladies, etc.

Pour les sujets faiblement constitués, dont les os sont grêles, les muscles peu volumi-

neux, les téguments minces et pâles, qui se fatiguent vite, sont excitables, anémiques, nerveux, etc., les conditions seraient inverses : leur résistance aux agents nuisibles serait faible; ils tomberaient aisément dans l'adynamie et n'auraient que des convalescences longues, équivoques, incomplètes, etc.

Sans doute, ces propositions ont une valeur générale qu'on doit admettre. Mais elles sont trop vagues et trop banales pour être d'un grand poids. On rencontre du reste très fréquemment des faits qui les démentent. Ainsi, nous avons vu souvent des sujets de complexion très délicate, et que, de prime abord, on eût été tenté de refuser, parvenir à un âge très avancé. La force de la constitution ne confère à aucun degré une immunité contre la plupart des maladies infectieuses. Il est donc nécessaire que le médecin d'assurances, tout en tenant compte des données que lui fournit la constitution des proposants, ne s'en rapporte pas exclusivement à des apparences plus souvent trompeuses qu'on ne serait tenté de le croire Combien de fois ne nous est-il pas arrivé de refuser, pour tel ou tel motif, des sujets auxquels leur constitution semblait donner un brevet de longévité ; tandis que nous

étions forcé d'accepter, après une exploration approfondie, d'autres sujets qui ne payaient pas de mine, et qui, cependant, offraient une intégrité organique, une harmonie fonctionnelle irréprochables ?

Ce que nous venons de dire au sujet du tempérament et de la constitution a surtout pour but de mettre en garde contre cette *première impression* à laquelle certains médecins ajoutent trop de confiance. Quelles que soient les apparences, il faut examiner avec le même soin et la même sévérité tous les proposants.

III. — OBÉSITÉ

L'obésité ou polysarcie est constituée par l'hypertrophie du tissu adipeux. La ligne de démarcation qui la sépare de l'embonpoint physiologique n'est pas facile à déterminer. Chez un adulte, à l'état sain, la graisse doit, dit-on, entrer pour 1/20e dans le poids total de l'homme et pour 1/16e dans celui de la femme. C'est là une règle qui n'a rien d'absolu. On voit souvent des proportions de graisse beaucoup plus considérables ne cau-

ser à l'individu aucune incommodité (1). Or, ce sont surtout les inconvénients de la surcharge adipeuse dont il faudra se préoccuper. Ils sont très variables suivant les sujets.

La polysarcie n'est généralement qu'une infirmité. Néanmoins, quand elle est très développée, les troubles fonctionnels qu'elle entraîne, la gêne, le malaise qu'elle cause, les accidents qu'elle peut provoquer, en font une véritable maladie.

Le médecin d'assurances rencontrera fréquemment des polysarciques dont la longévité lui semblera plus ou moins compromise par l'exagération actuelle de leur embonpoint, et par les proportions plus grandes encore qu'il est appelé à prendre avec l'âge. Dans beaucoup de cas son embarras sera très grand. Aussi, est-il nécessaire qu'il connaisse exac-

(1) Un guide plus exact, c'est le rapport du poids à la taille. Voici un tableau dressé par Quetelet :

TAILLE	POIDS
1 m 50	52 k
1 55	54
1 60	60
1 65	64
1 70	67
1 75	73
1 80	79
1 85	83
1 90	88

tement ce point de pathologie qui occupe une place importante dans les assurances sur la vie.

L'obésité qui survient hors de saison, c'est-à-dire à une époque de la vie où elle n'a pas l'habitude de se produire, est toujours l'indice d'un vice ou du moins, d'une défectuosité dans la nutrition. Si le proposant, qui en est atteint, se trouve dans cette phase de l'existence où on est généralement maigre, il faudra craindre que chez lui l'embonpoint prématuré ne soit l'avant-coureur d'accidents diathésiques qui ne tarderont pas à compromettre tôt ou tard sa santé. En pareil cas, il serait prudent de le refuser ou de ne l'admettre qu'avec de grandes restrictions.

Voici quels sont les motifs de refus :

1° On refusera les polysarciques chez lesquels l'obésité est constitutionnelle et a pris un essor toujours croissant depuis la jeunesse et l'adolescence.

Cette obésité est en général héréditaire et elle se développe en dépit des conditions les moins favorables. On recherchera avec le plus grand soin les conséquences qu'elle a eues chez les parents et les diathèses dont elle a été le symptôme.

Si les parents du polysarcique sont morts prématurément, ce sera une raison de plus pour le refuser. De même, s'ils ont été arthritiques, scrofuleux ou diabétiques. Il y a alors, en effet, de grandes probabilités pour que l'embonpoint excessif soit chez lui l'avant-coureur d'une de ces diathèses qui excluent très souvent l'assurance.

2° Quel que soit l'âge d'un proposant atteint d'embonpoint excessif, quels que soient ses antécédents héréditaires, on le refusera, par le *seul fait de son embonpoint*, si cet embonpoint gêne et entrave mécaniquement les principales fonctions de l'économie. C'est qu'alors l'obésité peut devenir funeste à l'égal d'une maladie grave, par l'inaction complète qu'elle impose et les troubles sérieux qu'elle entraîne avec elle. Ces troubles atteignent principalement les fonctions circulatoires et respiratoires.

Si un obèse se traîne péniblement, a l'haleine courte, est essouflé par l'ascension de quelques marches d'escalier; s'il transpire au moindre exercice et ne résiste pas à la plus petite fatigue, il est inacceptable, quand bien même on ne constaterait chez lui ni lésion des orifices, ni surchage, ni dégéné-

rescence graisseuses du cœur, ni bronchite, ni emphysème, etc., et tous les viscères internes fussent-ils intacts.

3° Outre les motifs de refus basés sur l'entrave mécanique causée par l'embonpoint, il y en a d'autres qui tiennent à des causes essentiellement pathologiques et qui ont une portée plus profonde et plus sérieuse que les premiers. En pareil cas, ce n'est pas l'énormité de la surchage graisseuse qu'il faut surtout considérer, mais sa signification vraiment morbide.

Ainsi, on refusera les proposants qui sont polysarciques, même à un faible degré, s'ils sont issus d'arthritiques, de diabétiques, de graveleux, d'hémorrhoïdaires et s'ils en ont parmi leurs frères ou leurs sœurs. Cette catégorie de sujets rentre, en effet, dans celle qui est tributaire de l'arthritisme. Cette grande maladie constitutionnelle a une influence capitale dans l'étiologie de l'obésité. Sur 69 cas d'obèses, on a trouvé 46 arthritiques bien avérés, et, sur les 29 cas réputés négatifs, un bon nombre étaient goutteux. (Bouchard). Dans les familles des goutteux et des rhumatisants, on rencontre un certain nombre d'affections chroniques qui ont entre elles un lien de

parenté bien manifeste : asthme, migraine, gravelle, pierre, coliques hépatiques, diabète, obésité.

L'obésité est très souvent un vice de nutrition qui prépare peut-être, et qui bien souvent annonce le diabète. — Beaucoup de diabétiques étaient gros depuis longtemps avant d'avoir du sucre dans les urines (1). Polysarciques et diabétiques affluent à Vichy.

Il ne faudrait pas conclure de ce qui précède que le médecin d'assurances sera presque toujours obligé de refuser les polysarciques. Il y a heureusement des gens qui, quoique doués d'un embonpoint un peu trop considérable, le portent néanmoins sans en éprouver aucune gêne, qui possèdent même une grande activité physique et cérébrale, et appartiennent aux types les plus élevés de l'humanité. Chez eux, la santé reste parfaite, et on ne trouve derrière leur embonpoint aucune de ces diathèses et de ces dyscrasies qui l'aggravent souvent d'une façon si néfaste.

(1) L'obésité et le diabète ne procéderaient pas l'un de l'autre, mais seraient dus à une même cause qui est, d'après M. Bouchard, une maladie du globule rouge. Les hématies fixeraient moins d'oxygène. Ni le sucre ni la graisse ne seraient brûlés. — De là, glycoserie et polysarcie.

C'est un embonpoint sain, résultant d'une certaine exubérance, dans le sens adipeux, de la plasticité normale.

Il est évident que, quand de pareilles conditions se rencontrent, l'assurance doit être acceptée. Il ne faut pas prendre trop au pied de la lettre le pronostic de l'obésité et croire qu'il est toujours sérieux et même grave. Il y a des exceptions, mais elles ont besoin d'être épluchées et triées avec soin avant de leur accorder un *oui* catégorique.

IV. — MAIGREUR

La maigreur a de nombreux degrés, comme l'obésité. Il est difficile, dans quelques cas, de déterminer au juste le point où elle commence à devenir morbide.

Il y a des maigreurs constitutionnelles héréditaires. Dans quelques familles, quelques peuplades même, les formes sèches sont le trait caractéristique.

En général, une certaine maigreur est plus compatible avec le libre fonctionnement et l'intégrité de tous les organes, qu'une obésité moyenne. Mais, lorsque la disproportion en-

tre le mouvement nutritif et la dénutrition se produit en dehors des conditions d'hygiène et d'alimentation qui en sont ordinairement la cause; lorsqu'elle survient sans raison extérieure appréciable, à une époque de la vie où le contraire existe ordinairement, elle constitue un phénomène sérieux qui doit suffire à lui seul pour faire refuser ou du moins pour faire ajourner l'assurance.

Cette question n'exige point les mêmes développements que l'obésité. Elle est moins compliquée, parce que les causes de la maigreur sont plus faciles à découvrir, et qu'elle ne se trouve pas impliquée dans un complexus aussi touffu d'influences morbigènes.

Il ne nous semble donc pas nécessaire de poser à cet égard des conclusions. Qu'il nous suffise de dire que le médecin d'assurances devra, avant de se prononcer, découvrir et préciser les états organiques ou fonctionnels qui ont rendu maigres ceux qui autrefois ne l'étaient pas, ou porté jusqu'à l'émaciation une maigreur habituelle. Il suspendra son jugement, jusqu'à ce qu'il ait trouvé la raison de semblables changements dans la nutrition du proposant.

§ II. — *Chlorose. — Anémies. — Leucémie. — Pléthore. — Neurasthénie*

I. — CHLOROSE

La chlorose occupe une place importante dans la pathologie de la femme. Cette affection, très rare dans le sexe masculin, s'y observe cependant quelquefois, à l'époque de la puberté. C'est qu'elle est, en effet, provoquée principalement par l'évolution de la vie génitale.

L'âge auquel elle se montre lui enlève de son importance à notre point de vue, car ce n'est guère alors que se contractent les assurances sur la vie. Néanmoins, il est indispensable que le médecin en connaisse toutes les particularités, parcequ'elle peut devenir la source d'erreurs graves de diagnostic et de pronostic, et aussi, parce que son influence dépasse souvent les limites de la puberté et embrasse toute la durée, ou du moins les principales phases de l'existence.

Cette dyscrasie, qui se rattache si étroitement à une imperfection du processus orga-

nique est constituée anatomiquement par une diminution de l'hémoglobine. Cette diminution a deux origines : l'une est l'abaissement en bloc du chiffre des hématies ; l'autre, plus importante, est la diminution de l'hémoglobine dans chacun des globules restants.

Elle évolue suivant trois modes bien différents, et c'est là ce qu'il nous importe de rigoureusement spécifier. Tantôt, c'est une *chlorose accidentelle* qui, sans causes bien appréciables, survient vers l'époque de l'adolescence ; — tantôt, c'est une *chlorose à rechutes* ; — tantôt, enfin, une *chlorose constitutionnelle*.

A. La première variété ne présente aucune gravité ; elle est facilement curable et disparaît vite sous l'influence d'un traitement approprié, lorsque le travail de la puberté s'est accompli. — Elle serait un motif d'ajournement, mais pas de refus.

B. La seconde variété comprend une période plus étendue de la vie. On la voit poindre dès l'enfance ; elle atteint son maximum vers l'âge de 15 ans, puis elle s'améliore, guérit ou disparaît. Mais souvent elle se reproduit

de nouveau sous l'influence de causes très légères, et il est habituel qu'elle se manifeste sous sa forme la plus accentuée à l'époque de la ménopause. — Quoique acceptable en principe, quand elle ne s'associe à aucun autre état morbide, elle l'est moins cependant que la précédente variété, et il faut souvent prononcer contre elle un ajournement indéfini, qui est presque un refus.

C. La troisième variété est beaucoup plus grave que les deux précédentes. Ses symptômes apparaissent dès le bas âge, persistent pendant toute la durée de l'enfance et prennent une intensité extrême à l'époque de la puberté. Ils s'amendent quelquefois, mais ne disparaissent jamais complètement, et il est fréquent de les voir aboutir à une véritable cachexie chlorotique. C'est en pareil cas qu'il existe, non seulement des altérations du liquide sanguin, mais aussi des altérations de l'aorte et du cœur. Ajoutez à cela que la thérapeutique reste la plupart du temps impuissante ou ne produit que des guérisons incomplètes et passagères. — Cette variété ne trouvera jamais grâce devant l'assurance sur la vie.

Ce qui précède fait comprendre la néces-

sité d'un diagnostic différentiel très catégorique. En outre, la chlorose peut être confondue avec une série d'autres maladies qui lui empruntent quelques-uns de ses caractères. Aussi, la tâche qu'impose au médecin une appréciation très exacte de la chlorose est des plus délicates, bien que la plupart du temps elle soit très facile en apparence.

I. — On doit établir comme une règle générale, que la chlorose est d'autant moins grave qu'elle est plus accidentelle, c'est-à-dire susceptible d'être rattachée à des causes appréciables; et qu'elle est d'autant plus grave qu'elle est plus hâtive, plus spontanée. — Dans ce dernier cas, elle est presque toujours héréditaire. — Les signes extérieurs et les symptômes de la chlorose sont trop connus pour qu'il soit nécessaire de les décrire. Quelquefois sa physionomie est tout l'opposé de ce qu'elle est d'habitude : le visage, au lieu d'avoir les pâles couleurs, présente de la rougeur et de l'animation; c'est la *chlorosis fortiorum* (1).

(1) En pareille occurence la numération des globules serait d'une grande utilité. La chloro-anémie existe toutes les fois qu'un millimètre de sang contient moins de quatre millions de globules. Mais la chlo-

La chlorose qui doit préoccuper le plus le médecin d'assurances, celle qu'il sera le plus souvent appelé à juger, c'est la chlorose qui survient chez les femmes *après la puberté*. Il s'agit de savoir alors si elle n'est qu'une répétition de ce qu'elle était au moment de l'adolescence, ou bien si elle n'est pas le symptôme d'un autre état morbide, le résultat d'une ou de plusieurs de ces causes nombreuses qui, en dehors de la chlorose proprement dite, produisent l'olygocythémie.

L'anémie pernicieuse offre plus d'un trait de ressemblance avec la chlorose, entre autres, les phénomènes nerveux, les troubles cardio-pulmonaires, la décoloration profonde des téguments, etc. Mais presque toujours elle apparaît à un âge plus tardif, vers 30 ou 40 ans. Aussi, peut-on dire que tout sujet de cet âge, qui a traversé la période de la puberté sans en être fortement éprouvé, a bien

rose peut exister sans qu'il y ait diminution dans le nombre des globules rouges. — La colorimétrie renseigne alors sur la quantité d'hémoglobine. Un millimètre cube de sang normal en renferme 0 milligramme, 125. Chez les chlorotiques, cette quantité diminue souvent de moitié et au-delà. Elle peut descendre jusqu'à 0 m. 075 et plus bas encore lors même que le nombre des globules n'est pas notablement diminué. Le colorimètre de M. Malassez est d'un emploi commode et facile pour ce genre de recherches.

peu de chances d'être chlorotique. L'anémie pernicieuse n'est pas héréditaire ; elle succède à des grossesses répétées, à l'état puerpéral, à des entérites persistantes, à l'allaitement prolongé, à des hémorrhagies abondantes, etc. Elle s'accompagne ordinairement d'un mouvement fébrile assez prononcé, mais passager, et sans aucun type régulier. — La chlorose, au contraire, à de très rares exceptions près, est apyrétique.

Dans l'anémie pernicieuse, il se produit souvent des hémorrhagies : épistaxis, hémoptysies, hémorrhagies intestinales, hémorrhagies capillaires, très fréquentes dans la rétine (avec ou sans troubles visuels notables), assez communes dans les méninges et le cerveau, plus rares sur la peau et dans les reins, etc. (Biermer). — A part les hémorrhagies propres à certaines formes de chlorose, les hémorrhagies sont, au contraire, très peu communes dans cette dernière maladie. — La marche de l'anémie pernicieuse est chronique, progressive et la mort en est la terminaison ordinaire.

Il est très important de connaître toutes ces différences pour ne pas confondre dans un même refus ou dans une même accepta-

tion des états morbides d'un pronostic si dissemblable, sous des apparences symptomatiques qui sont à peu près les mêmes.

On nous objectera que le médecin d'assurances ferait peut-être bien de rejeter en bloc toutes les personnes qui sont chlorotiques ou anémiques. C'est là une erreur. Le procédé serait par trop sommaire. Nous nous devons à nous-mêmes, ne fût-ce que par amour de l'art, et quand même il serait prudent d'accepter ou de refuser, suivant certaines règles générales, d'aller au fond des choses et de ne porter un jugement qu'après nous être rendu un compte exact des origines de la maladie, de sa nature, de sa durée et de ses terminaisons probables.

Certaines formes de pseudo-leucémie, caractérisées par la multiplication des globules blancs, sans altération ni de la rate, ni des ganglions, pourraient aussi être confondues avec la chlorose. L'examen du sang permettrait seul de poser le diagnostic.

Pour résumer ce que nous venons de dire, posons les conclusions suivantes :

1° La chlorose des jeunes filles, qui commence avec la puberté et se termine avec

elle, qui ne se rattache point à des antécédents héréditaires, mais provient plutôt de causes accidentelles faciles à apprécier, qui est essentielle et derrière laquelle il n'y a lieu de soupçonner aucun état morbide grave, une pareille chlorose ne sera point un motif de refus absolu. — Il y a même des formes légères et atténuées de cette variété qu'on pourra accepter immédiatement. — Contre d'autres plus accusées, on se bornera à prononcer l'ajournement.

2° Dans les chloroses qui précèdent et suivent la puberté, l'acceptation ne sera pas la règle, à moins toutefois que le degré de l'affection ne se réduise à des troubles fonctionnels presque insignifiants et à une olygocythémie très faible. Il y a dans cette variété des nuances, des péripéties qu'il est difficile de formuler rigoureusement. — L'absence de toute tare héréditaire, des conditions hygiéniques favorables, un état organique intact, etc., permettront d'accepter. Tout au plus ajournera-t-on. — Quelquefois il faudra refuser, si la dyscrasie, quoique essentielle, est trop prononcée.

3° Les chloroses constitutionnelles, héréditaires, permanentes, doivent être refusées,

quand même elles seraient dégagées de toute association morbide et exemptes de complications sérieuses.

4° Les chloroses qui surviennent après la puberté sont les plus suspectes. Celles de la ménopause, lorsqu'elles ne sont pour ainsi dire que la reproduction de celles de la puberté, ne doivent pas être rejetées à priori, car elles guérissent très bien ; mais il faut s'assurer alors de l'intégrité des organes génitaux.

5° Chez l'homme, la vraie chlorose étant très rare, il faudra tenir en suspicion les dyscrasies qui la simulent. — Son pronostic est plus grave que chez la femme, parce qu'elle est alors plus souvent symptomatique qu'essentielle.

II. — A. Il est souvent très difficile de distinguer la chlorose des débuts de la tuberculisation pulmonaire, quand cette dernière maladie ne se traduit encore par aucun signe physique, quoiqu'elle ait déglobulisé le sang, décoloré les tissus, troublé les fonctions digestives et nerveuses, diminué les forces, etc. Voici les principaux signes distincts entre ces deux états morbides d'un pronostic

si différent et qui, pourtant, présentent parfois la même physionomie.

Dans la tuberculose, il y a presque toujours un amaigrissement notable, lors même qu'on ne constate pas de lésion appréciable. — La chlorose n'amaigrit pas ; elle n'est point incompatible avec un certain degré d'embonpoint. S'il y a des chlorotiques maigres, elles l'étaient auparavant.

La toux se rencontre souvent dans les deux affections ; à peine est-elle moins nerveuse et plus constante dans la tuberculose. Les granulations se disséminent et ne se révèlent par aucun phénomène d'auscultation significatif. Les poussées se font successivement, discrètement ; dans leurs intervalles, les poumons paraissent intacts quand les fluxions sont dissipées, etc.

En pareil cas, l'évaluation de la capacité respiratoire, au moyen de la *spirométrie*, peut fournir d'utiles renseignements. Cette capacité, en effet, est notablement diminuée dans la tuberculose, même au début (1). — La

(1) A l'état normal la quantité d'air aspiré va jusqu'à 3,700 centimètres cubes chez l'homme, 2,500 chez la femme pour des sujets de taille et de grandeur moyennes. Mais la capacité respiratoire s'accroît avec la taille de 0,60 centimètres cubes chez l'homme, et de 0,40 centimètres chez la femme, par chaque centimètre de taille de plus.

diminution est de 7 à 800 centimètres cubes. Ce moyen de diagnostic peut être très utile dans les cas douteux.

La chlorose est habituellement apyrétique. La tuberculose, au contraire, s'accompagne presque toujours de fièvre, surtout lorsqu'elle est rapide et qu'elle altère la santé générale, en revêtant les formes de la cholorose essentielle.

Ainsi, il faudra rejeter formellement de l'assurance les chlorotiques qui ont maigri, qui toussent un peu, dont la capacité respiratoire a diminué, et qui sont sujettes à des mouvements fébriles. Le refus sera de rigueur, alors même que la chlorose ne serait pas très profonde et qu'elle n'aurait porté qu'une atteinte en apparence peu grave à la santé générale et au fonctionnement cardio-pulmonaire.

B. — Le goître exophtalmique, au début et dans les cas frustes, offre des analogies si frappantes avec la chlorose, qu'il est parfois presque impossible de les distinguer. Mais, dans la maladie de Basedow, le goître est plus prononcé, les accidents cardiaques prédominent, les yeux sont saillants et les traits du visage présentent une immobilité particulière.

Pour peu qu'on trouve dans une chlorose quelques-uns des signes, même très atténués, du goître exophtalmique, il faudra la refuser.

C. — Si les accidents cardiaques sont moins prononcés, généralement, dans la chlorose que dans le goître exophtalmique, ils n'en arrivent pas moins quelquefois à une grande intensité, si bien qu'un des problèmes les plus difficiles de diagnostic, c'est de déterminer, en pareil cas, s'il s'agit d'une cardiopathie organique ou seulement d'une chlorose. Sur 10 chlorotiques, 8 se plaignent d'une maladie du cœur.

Les symptômes communs sont : les palpitations, l'anhélation facile, une augmentation parfois notable du volume du cœur, des souffles divers à la région précordiale et même assez souvent de l'œdème des extrémités inférieures.

Voici les principaux signes différentiels :

Les souffles constatés dans la région cardiaque, chez les chlorotiques, sont souvent aussi rudes, aussi intenses que certains souffles liés à des lésions organiques des valvules et des orifices. On les entend parfois à une grande distance, une fois depuis le pied du lit. (Potain). D'après ce savant mé-

decin qui a élucidé avec tant de sagacité ces questions si importantes, de pareils souffles sont des *bruits extra-cardiaques* qui ont leur siège, non pas dans le cœur ni son enveloppe fibro-séreuse, mais dans les lames pulmonaires qui s'avancent de chaque côté sur le péricarde.

Lorsque la chlorose produit des troubles cardiaques, accompagnés de bruits de souffle simulant une lésion des orifices, il existe toujours alors un degré plus ou moins prononcé d'hypertrophie et de dilatation du cœur.

Ce ne sont pas là des cardiopathies organiques incurables. Elles sont susceptibles de s'atténuer peu à peu et de guérir complètement avec la dyscrasie qui leur a donné naissance. Néanmoins, elles aggravent le pronostic, et, en pareil cas, nous établissons comme une règle sujette à fort peu d'exceptions, que l'assurance doit être ajournée.

Les bruits de souffle cardiaques ou extra-cardiaques sont d'une interprétation souvent très difficile. Leur diagnostic ne pourrait pas la plupart du temps se faire en une seule séance. Mais il n'est pas indispensable (1).

(1) Cependant, au lieu de rester dans le vague, il est préférable de préciser le diagnostic, bien qu'on puisse s'en passer à la rigueur pour l'appréciation du risque.

Nous pensons que, du moment qu'ils sont très intenses et prêtent à l'équivoque, il est prudent de refuser ou d'ajourner.

Et cependant, si dans la chlorose où les bruits de souffle manquent si rarement, on

1° *Chlorose simulant les affections organiques de l'orifice mitral : a* L'insuffisance mitrale chez les jeunes sujets s'accompagne très souvent de chloro-anémie et survient sans le concours des causes qui produisent habituellement les maladies du cœur. Elle se distingue des cardiopathies inorganiques de la chlorose par les caractères suivants : Le bruit anormal qu'on entend à la pointe est manifestement systolique et se propage vers l'aisselle, tandis que le bruit extra-cardiaque de la chlorose est plus élevé, moins circonscrit, plus superficiel, et d'une propagation moins accentuée dans le sens axillaire. — Il y a des irrégularités du côté du cœur, de l'œdème des membres inférieurs et quelques phénomènes de stase pulmonaire.

b Dans le rétrécissement mitral les difficultés sont parfois plus considérables, surtout dans *le rétrécissement mitral pur* (P. Duroziez : *Mémoire sur le rétrécissement mitral pur, Soc. Méd. de Paris, 27 novembre 1886*), car il s'agit de jeunes filles qui n'ont jamais présenté d'accidents rhumatismaux antérieurs et qui sont chlorotiques à un très haut degré, avec pâleur, amaigrissement, palpitations, oppression etc. En pareil cas, le roulement diastolique, le renforcement présytolique, accompagné du dédoublement du 2e bruit, suffiraient pour affirmer qu'il existe une lésion organique. Mais ces souffles si spéciaux s'atténuent ou disparaissent quelquefois si la respiration s'accélère. — Le dédoublement seul persiste ; il n'a rien d'absolument caractéristique et il peut avoir lieu sans qu'il y ait trace de lésion organique. Quelquefois il est influencé par les mouvements respiratoi-

n'en constate aucun, le sujet *doit être tenu pour suspect*, car il s'agit là peut-être d'une chloro-anémie secondaire. « Sur 50 sujets examinés à cet égard, dit M. Potain, 7 seulement ne présentaient pas de bruits de

res et s'entend surtout alors à la fin de l'inspiration et au commencement de l'expiration. C'est un bon signe en faveur de la chlorose, car le dédoublement du second bruit qui est absolument indépendant des mouvements respiratoires, prouve l'existence d'un rétrécissement mitral (Potain);

2° *Chlorose simulant les affections organiques de l'orifice aortique.* — Le rétrécissement aortique est moins souvent isolé que le rétrécissement mitral. Le souffle qu'il produit se propage dans l'aorte et les carotides, tandis que le souffle extra-cardiaque de la chlorose meurt sur place et ne se propage pas (Potain);

3° *Chlorose avec hypertrophie simple du cœur, sans lésion d'orifice.* — Le cœur s'hypertrophie quelquefois à un haut degré chez les chlorotiques. Il en est de même dans la maladie de Bright, dans certaines affections pulmonaires et gastro-hépatiques. Aussi faudra-t-il, en pareil cas, ne jamais négliger l'examen des reins, du poumon, de l'estomac et du foie. — L'hypertrophie cardiaque de la maladie de Bright est plus accusée habituellement que dans la chlorose. De plus : bruit de galop caractéristique, pouls d'une dûreté spéciale, pression artérielle très élevée. — L'hypertrophie cardiaque liée à une affection gastrique ou gastro-hépatique porte sur le ventricule droit, le deuxième bruit présente une exagération au niveau de l'artère pulmonaire et non de l'aorte, etc. Les dilatations et les hypertrophies d'origine pulmonaire sont en général faciles à diagnostiquer.

4° *Chlorose avec bruits cardiaques ou extra-cardiaques à foyers multiples.* — On entend parfois chez les chlorotiques un souffle à l'orifice aortique, à l'orifice

souffle ; trois d'entre eux devinrent tuberculeux ; un quatrième était atteint d'une affection organique du cœur. Toute chlorose sans souffle est une chlorose suspecte, tel est le petit axiome qu'on peut établir. »

pulmonaire, à la partie inférieure du sternum et au niveau de la pointe. — Cette multiplicité des souffles, loin d'être un mauvais signe, indique au contraire qu'il n'existe pas, malgré les apparences, de cardiopathie organique. — Du reste le caractère de ces bruits diffère de celui des souffles organiques. Ainsi les souffles aortiques de la chlorose se propagent moins dans les carotides que les souffles organiques. On constate dans les veines du cou un souffle doux, continu, avec renforcement, qui disparaît quand on comprime la veine, ce qui n'existe pas lorsqu'il s'agit d'un véritable souffle artériel. — Le souffle pulmonaire de la chlorose ne s'accompagne pas de frémissement. — Les pseudo-souffles aortiques et pulmonaires de la chlorose diminuent et disparaissent quand les malades passent de la station couchée à la station assise. C'est tout le contraire qui se produit dans les lésions organiques, parce que le cœur se rapproche alors de la paroi thoracique. — Dans le pseudo-souffle de la chlorose, il n'y a ni pouls veineux hépatique, ni pouls veineux jugulaire. — Dans le pseudo-souffle mitral chlorotique, le maximum d'intensité existe, non pas à la pointe, dans le quatrième espace intercostal, mais dans le troisième, un peu au dessus de la pointe. De plus ce pseudo-souffle est mésosystolique et ne commence pas immédiatement avec la systole.

Toutes ces questions si délicates de diagnostic ont été étudiées et élucidées surtout par M. le professeur Potain. C'est à lui que revient le mérite d'avoir décrit les bruits extra-cardiaques pulmonaires qui simulent les bruits de souffle organiques.

III. — Outre les cardiopathies, la chlorose simule beaucoup d'autres affections qui excluent formellement l'assurance. Lorsqu'il en est ainsi, on fera bien d'ajourner jusqu'au moment où la dyscrasie se sera débarrassée des complications qui jettent quelque obscurité sur son diagnostic et sur son pronostic.

Voici quelles sont les chloroses que le médecin devra exclure conditionnellement de l'acceptation.

1° *Les chloroses avec troubles gastriques très prononcés.* — Ces troubles changent parfois la physionomie de la maladie et lui donnent tous les caractères de l'ulcère simple de l'estomac. L'erreur n'est pas facile à éviter, car l'ulcère simple trouve chez les chlorotiques des conditions vasculaires qui favorisent sa production (Virchow), et il s'accompagne alors d'une chloro-anémie consécutive (1).

Les kystes hydatiques de la face convexe

(1) Les lésions stomacales dans les chloroses graves et l'anémie pernicieuse ont eté signalées par plusieurs pathologistes, et récemment par M. Henri Osler. — Dans l'ulcère simple, il existe une douleur vive et fixe à l'épigastre qui réapparaît au contact des aliments. Les vomissements sont répétés et on ne constate pas les bizarreries du goût, le pica, le malacia, si fréquents dans la dyspepsie chlorotique.

du foie, avec pâleur, dyspepsie, malaise dans la région épigastrique, pourraient simuler aussi une chlorose essentielle.

Il en est ainsi du cancer du foie qui présente souvent chez les jeunes sujets, outre les accidents gastro-hépatiques, un ensemble de symptômes généraux chloro-anémiques si prononcés, qu'ils paraissent être sur le premier plan et masquent la lésion essentielle.

2° *Les chloroses avec troubles utéro-ovariques graves.* — Dans presque toutes les chloroses il existe, à un plus ou moins haut degré, des troubles de la menstruation qui ne sont pas en général d'un pronostic fâcheux. Mais parfois ils acquièrent beaucoup d'intensité, si bien qu'on peut se demander s'ils dépendent de la chlorose, ou bien s'ils en sont au contraire la cause occasionnelle. L'examen nécessaire pour arriver à un diagnostic précis n'est pas facile à pratiquer, surtout chez les jeunes filles. Du reste, il n'est pas indispensable. Il suffira qu'une proposante soit aménorrhéique depuis longtemps, ou bien qu'elle soit sujette à des ménorrhagies fréquentes, à des accidents dysménorrhéiques persistants, pour qu'on l'exclue de l'assurance.

3° *Les chloroses symptomatiques d'une intoxication ou d'une infection.* — *a.* Chez les jeunes filles ou les femmes de la campagne, qui vivent dans d'excellentes conditions et deviennent cependant chlorotiques, on soupçonnera toujours l'impaludisme. La cause réelle peut passer inaperçue, parceque les accès fébriles sont peu accusés ; mais, en pareil cas, la rate est presque toujours considérablement augmentée de volume. — *b.* Dans les premières phases de la syphilis, à l'époque ou apparaissent les accidents qui attestent que l'infection s'est généralisée, la chlorose est très commune chez les femmes. Il existe alors de violents maux de tête névralgiformes, des douleurs irradiantes dans les membres, une grande pâleur, de la faiblesse musculaire, des souffles vasculaires intenses, des troubles dysménorrhéiques et dyspeptiques, etc., en un mot tous les caractères d'une chloro-anémie franche et essentielle. Beaucoup de médecins s'y trompent et n'en découvrent la cause que par hasard, ou quand elle est devenue si évidente qu'elle saute aux yeux les moins exercés. On devra toujours se défier des chloroses survenues brusquement, en pleine santé, sans être justifiées par

aucune cause appréciable. — *c.* Le saturnisme est une des intoxications qui anémient le plus rapidement. L'amaigrissement y est plus prononcé, la teinte plus jaune que dans la chlorose, et, de plus, on y trouve le liséré gingival caractéristique.

Nous résumerons tout ce qui précède en conseillant au médecin d'assurances de n'accepter, ni de refuser systématiquement les sujets atteints de chlorose. *La plupart du temps, ce qu'il aura de mieux à faire, ce sera de les ajourner.* Si un premier examen ne suffit pas, il en demandera un second, à quelques jours de distance, et il recherchera avec le plus grand soin s'il n'y a pas derrière la chlorose une affection qui la complique ou qui la tient sous sa dépendance. — Chez les sujets exempts d'une affection organique évidente, il se défiera des chloroses qui surviennent hors de saison, c'est-à-dire plus ou moins longtemps après la puberté, à moins qu'il n'y en ait eu déjà à un âge moins avancé.

II. — ANÉMIES

Si nous conservons le mot *anémie*, c'est

qu'il est fort usité et que tout le monde sait à peu près ce qu'il veut dire. Mais scientifiquement, il y aurait avantage à le supprimer, car il crée des confusions et comprend des altérations du sang diverses et qui ont reçu un nom particulier. Ce n'est donc pas une entité morbide comme la chlorose qui, elle, constitue *une anémie globulaire essentielle*. A proprement parler, il n'y a pas une anémie, mais *des anémies*. L'anémie est une expression générique très compréhensive, par suite un peu vague et mal circonscrite, qui embrasse toutes les dyscrasies caractérisées par l'insuffisance du sang ou de quelques-uns de ses éléments (1).

(1) Dans toutes les anémies, les éléments globulaires sont diminués de quantité et l'eau du sérum est au contraire en excès (*hydrémie*). Quand, avec cette augmentation de l'eau, se produit une diminution de l'albumine (*hypoalbuminose*), l'hydrémie est absolue et constitue la *dyscrasie hydropigène*. Les altérations du sang varient suivant les diverses espèces d'anémies. On adopte comme étalon physiologique le nombre de 128 qui exprime la quantité en poids des globules rouges pour 1000 grammes de sang, dans l'analyse indirecte par voie de dessication. Le pesage des globules à l'état humide donne 45 à 52 gr. pour 100. En adoptant 128 comme expression de l'état normal, le chiffre des globules dans la chlorose n'est plus représenté que par une moyenne de 63. — Cette moyenne est très variable dans les anémies et ne peut être précisée.

Toutes les affections aiguës ou chroniques, surtout ces dernières, se compliquent à peu près constamment d'un degré plus ou moins prononcé d'anémie. On l'observe à la suite d'hémorrhagies abondantes, de suppurations et de flux prolongés, de privations alimentaires, d'excès de toute sorte, etc. Elle accompagne toutes les cachexies dont elle est un des éléments principaux.

Si on voulait décrire toutes les anémies, il faudrait passer en revue la pathologie entière, médicale et chirurgicale. Contentons-nous de signaler celles qui doivent être, de la part du médecin d'assurances, l'objet d'une attention particulière.

Celles qui ont une cause bien déterminée, comme une perte de sang traumatique, par exemple, puerpérale, hémorrhoïdaire, nasale, etc., ou bien une affection chronique dont le diagnostic ne laisse aucun doute, ne mettront jamais dans l'embarras. Leur pronostic est facile à porter. En thèse générale, il est le même que celui de la cause, aggravé ou diminué suivant les conditions particulières du sujet, ses antécédents, sa santé antérieure, sa force de résistance, etc.

Dans tous ces cas, l'assurance doit être

ou bien rejetée, quand l'anémie est la conséquence de maladies chroniques, même encore à l'état latent et qu'on ne fait que soupçonner, ou bien ajournée, quand il s'agit d'états morbides accidentels, transitoires qui, selon toute probabilité, se guériront dans un délai assez court.

Jamais on n'acceptera un anémique, à moins qu'il ne le soit à un très faible degré et qu'il n'y ait chez lui, ni dans son passé morbide et sa race, ni dans son état actuel, aucune raison de supposer qu'il est atteint d'une façon sérieuse et permanente.

Sans doute, il faut se montrer sévère quand on constate chez un sujet les symptômes habituels de l'anémie. Mais il ne faudrait pas cependant rejeter un proposant par ce fait seul qu'il est un peu pâle et que son système vasculaire ne semble pas rempli d'un sang excessivement riche en globules. La santé, la longévité sont peut-être plus compatibles avec ce très faible degré d'anémie qu'avec un état contraire et dans la même proportion.

Les anémies embarrassantes au point de vue des risques sont celles dont on ne peut pas trouver la cause, ou qui se combinent

plus ou moins avec certains états névropathiques vagues, pour constituer ces santés délicates dont les grandes villes nous offrent tant de types, chez les gens surmenés par des travaux intellectuels excessifs ou plus souvent encore par une vie de plaisir et d'excitations.

Faut-il accepter de pareils sujets, s'ils ne présentent aucune lésion organique grave, aucune maladie définie qui exclue l'assurance? On ne peut pas donner de réponse catégorique, car cette réponse est subordonnée à une multitude de circonstances individuelles qui seront d'un grand poids dans le jugement du médecin. Mais en général nous pensons qu'il est prudent d'ajourner les proposants *névro-anémiques* dont la constitution a été ébranlée, affaiblie, déséquilibrée par les excès de toutes sortes, par les privations, les chagrins, les plaisirs, les excitations et la vie de sport à outrance, etc.

Les causes de l'anémie sont très nombreuses et ce sont elles qui en déterminent les espèces ou les variétés. Comme cette affection est toujours symptomatique, on ne peut porter sur elle un pronostic de quelque

valeur que quand on est édifié sur sa pathogénie.

On a raison de demander dans les certificats d'assurances sur la vie si le proposant est anémique, parce que, à l'âge moyen où on se fait assurer, une anémie nettement accusée dans l'un ou l'autre sexe, mais surtout chez l'homme, est chose grave au point de vue du risque. Même à un faible degré elle paraîtra suspecte.

Que faut-il chercher derrière elle?

1° Les influences nocives de milieu, d'hygiène, d'habitudes, d'état moral, de changement de climat, etc., enfin l'ensemble des causes étrangères à l'individu, accidentelles et déterminantes.

2° Les états morbides qui s'accompagnent d'une altération du sang, non pas quand ils sont arrivés à leur période d'état et de déclin, mais dès leur début, et même avant qu'ils aient donné aucun autre signe de leur existence. C'est là le point le plus délicat du problème à résoudre. — La première supposition qui s'impose à l'esprit, chez les sujets jeunes et chez ceux de 25 à 40 ans, c'est celle d'une tuberculisation pulmonaire. — Passé l'âge de 40 ans, on songera plutôt à une

affection de l'estomac et particulièrement au cancer. Nous avons observé plusieurs cas où une anémie accompagnée d'amaigrissement, survenue en dehors de toute cause extérieure occasionnelle, avait été l'avant-coureur d'un carcinome gastrique, longtemps avant que celui-ci se fît soupçonner par ses symptômes habituels. Ce que nous disons du cancer de l'estomac s'applique aussi à celui des autres organes. L'action anémiante de cette altération organique est une des plus hâtives et des plus profondes. — Le rôle que jouent les maladies de l'utérus et de l'ovaire dans la production de l'anémie est si considérable qu'il faut songer à elles avant toutes les autres chez les femmes, surtout à la puberté et à la ménopause. Dans cette dernière phase on n'oubliera pas que l'anémie est souvent symptomatique d'une affection carcinomateuse de l'utérus, et par conséquent on devra se montrer très sévère et refuser, ou tout au moins ajourner.

Parmi les affections hémorrhagiques les plus anémiantes, il faut placer les hémorrhoïdes. Nous avons souvent observé un défaut de proportion entre la perte de sang qui se fait par l'anus et l'état anémique qui en est

la conséquence. L'anémie prend alors un peu l'aspect de la chlorose. Elle se guérit promptement et est beaucoup moins grave qu'elle n'en a l'air. Aussi, croyons-nous que chez les sujets bien portants d'ailleurs et chez lesquels les hémorrhoïdes ne constituraient pas par elles-mêmes un motif absolu d'exclusion, l'anémie qui accompagne leur flux intermittent ne devrait guère entrer en ligne de compte. C'est une des moins sérieuses. — On ne refusera pas une assurance à cause d'elle; tout au plus l'ajournera-t-on.

La plupart des diabètes coïncident dans leur première phase avec une dyscrasie qui est tout l'opposé de l'anémie. Les sujets qui en sont atteints sont obèses et d'apparence pléthorique. La pâleur et l'amaigrissement ne surviennent que beaucoup plus tard. — L'anémie diabétique ne sera jamais méconnue parce que l'analyse des urines en révélera toujours la cause. L'exclusion contre elle est de rigueur.

3° Toutes les maladies infectieuses s'accompagnent tôt ou tard d'anémie. En première ligne, il faut placer l'infection paludéenne, où la rate, l'un des principaux organes de l'hématopièse, est toujours at-

teinte. — La cause de l'altération du sang est alors facile à découvrir, et cependant quelquefois le diagnostic est embarrassant, car chez certains sujets, il y a des débuts de tuberculose pulmonaire qui ressemblent beaucoup à une infection paludéenne fruste, légère et incomplète. Mais qu'importe, puisque tous ces cas doivent être exclus de l'assurance ou tout au moins ajournés. — La syphilis anémie quelquefois profondément surtout les femmes.

4° Parmi les intoxications, le saturnisme est une des plus anémiantes. — Chez les alcooliques, l'anémie n'est pas rare, même sous une forme sévère ; elle est peut-être produite moins par l'action directe de l'alcool sur tout le système, que par les troubles dyspeptiques consécutifs à son ingestion. Sa cause est facile à trouver ; l'enchaînement pathogénique la révèle ainsi que la profession. — Signalons les anémies complexes des cuisiniers, des chauffeurs, etc. Toutes sont suspectes et sérieuses.

L'*anémie des mineurs* n'a qu'une importance historique. Cette grave affection sévit en Hongrie vers 1777 et 1785 (Hoffinger), et à Anzin en 1803 (Hallé). Les recherches récentes de

M. le Dr Fabre, de Commentry, confirmées par celles des médecins du Nord et du Pas-de-Calais, ont démontré que l'anémie n'est pas plus fréquente chez les houilleurs que chez les ouvriers appartenant à n'importe quelle autre industrie. — D'après eux, elle n'aurait actuellement, quand elle existe, aucun caractère spécial. Elle proviendrait des mêmes causes communes que les anémies observées dans de tout autres conditions.

Ces résultats sont très importants au point de vue de l'assurance sur la vie, puisqu'ils démontrent que tout une classe d'ouvriers que la tradition semblait devoir en exclure, au nom de la terrible *anémie des mineurs*, sont la plupart du temps parfaitement acceptables. L'alcoolisme fait probablement plus de ravages chez eux que l'anémie. Quoiqu'il en soit, il y a lieu cependant de reconnaître que, dans certains cas exceptionnels, l'anémie peut être le résultat du milieu dans lequel le mineur a travaillé, lorsque c'est, par exemple, dans les galeries en cul-de-sac où l'aération manque. — Il se produit alors ce que M. Fabre a appelé l'anoxhémie qui engendre l'anémie chez les mineurs comme

elle l'engendre chez tous les individus qui respirent longtemps un air confiné (1).

IV. — LEUCÉMIE. — LYMPHADÉNIE. — LEUCOCYTHÉMIE

Sous ces trois noms, on désigne une affection qui a quelquefois de nombreux points de ressemblance avec la chlorose et l'anémie et qui est constituée, en partie, par l'augmentation morbide et permanente du nombre des globules blancs du sang (2). C'est à M. Bennett et à M. Virchow que nous devons de la connaître. — Elle trouve naturellement sa place ici, car bien qu'elle ne soit pas très commune, il est fort possible que le médecin d'assurances ait quelquefois à examiner des sujets leucocythémiques.

(1) D'après quelques auteurs l'*anémie des mineurs* et l'*anémie des pays chauds* seraient liées au développement en grand quantité dans l'intestin, d'entozoaires, les *anchylostomes*.

(2) Il y a une augmentation physiologique et temporaire de leucocytes pendant la digestion, la période cataméniale, la grossesse ; une augmentation *pathologique, mais momentanée* de ces éléments dans le cancer, la phtisie, la pyémie, la syphilis, les fièvres, etc. C'est la leucocythémie symptomatique, temporaire, aiguë, dont le pronostic est subordonné à celui des états morbides qui la suscitent.

L'altération du sang, la *leucémie* proprement dite, ne constitue qu'un des éléments de la maladie. Il y en a un autre plus important, c'est l'altération du tissu adénoïde qui prend alors une exubérance morbide excessive. Non seulement, en effet, il s'hypertrophie, se multiplie dans les organes où il existe normalement, dans la rate, dans les ganglions lymphatiques, dans la moelle des os ; mais encore, et c'est là un fait beaucoup plus grave, il se produit dans des organes qui en sont normalement dépourvus, de telle sorte qu'il y a hypergénèse et hétérotopie de ce tissu.

Ces formations lymphoïdes ont été nommées *lymphadénomes* (Virchow), d'où le nom de lymphadénie donné par M. Ranvier à ce processus morbide qui peut envahir le foie, les reins, les séreuses, les testicules, etc., L'accumulation des globules blancs dans le sang est loin d'être toujours en rapport avec l'hyperplasie lymphadénique. Il en résulte certaines variétés ; mais toutes dépendent de la même diathèse, la diathèse leucocytogène (Jaccoud) qu'il faut connaître et étudier sous tous ses aspects.

1re *Variété* : Elle est constituée par la leu-

cémie et la lymphadénie mélangées en proportions semblables et marchant parallèlement. La leucocythose du sang est en rapport avec l'hypertrophie des ganglions et de la rate.

2e *Variété :* Ici c'est la leucocythose qui prédomine, tandis que l'hypergénèse ganglionnaire et splénique semble faire défaut ; mais plus tard il peut se produire des hétérotopies adénoïdes.

3e *Variété :* Elle est formée par la lymphadénie proprement dite. La leucocythose est presque absente, tandis que les lymphadénomes se multiplient et que les ganglions, la rate s'hyperplasient, etc.

Il existe aussi des formes résultant de la détermination qui s'effectue plus particulièrement sur tel ou tel organe : forme liénale, forme ganglionnaire, forme hépatique, rénale, testiculaire, etc.

Cette grande diathèse embrasse donc une multitude d'états morbides. Résumons, au point de vue de l'assurance sur la vie, les réflexions que son étude doit suggérer.

1° Les leucocythoses momentanées, transitoires, étant toujours symptomatiques, n'en-

treront point en ligne de compte dans les affections qui les produisent, quand il s'agira d'accepter, de refuser ou d'ajourner un proposant.

2° Dans les leucémies où il existe une hypertrophie de la rate et des ganglions lymphatiques (ganglions du cou, de l'aisselle, de l'aine, du mésentère, des bronches, etc.), cette hypertrophie fût-elle à un faible degré, l'assurance sera rejetée.

3° Dans les leucémies où cette hypergénèse fait à peu près complètement défaut, l'affection ressemble d'une manière frappante à une anémie simple, inoffensive et acceptable. C'est alors que le médecin peut être grandement embarrassé. Il devrait recourir à l'examen du sang pour porter un diagnostic précis. — Mais, du moment qu'il a quelques raisons de soupçonner la leucémie, il trouvera dans l'ensemble de la santé des motifs suffisants pour refuser ou tout au moins pour ajourner l'assurance.

4° Si l'hypergénèse du tissu adénoïde doit faire refuser l'assurance, à plus forte raison en sera-t-il ainsi de son hétérotopie. Mais cette hétérotopie ne s'accompagne pas toujours de l'hypertrophie ganglionnaire et splé-

nique qui pourrait en révéler la nature. Son diagnostic est souvent fort difficile. — De pareils cas se présenteront rarement au médecin. Le moindre doute lui fera rejeter l'assurance.

Nous signalerons comme une affection des plus insidieuses, le lymphadénome du testicule. On peut, en effet, le prendre assez aisément pour une orchite chronique, une hydrocèle à parois très épaissies, une hématocèle, etc., en un mot, pour quelques-unes de ces lésions qui, à la rigueur, n'empêcheraient pas d'accepter l'assurance ou n'obligeraient qu'à l'ajourner. — La lymphadénome, au contraire, impose absolument le refus.

V. — PLÉTHORE

Ce mot exprime une plénitude, une surabondance, une trop grande richesse du sang dans tout l'organisme. Ce n'est point une maladie à proprement parler, mais une manière d'être qui prédispose à certaines affections, en rompant l'équilibre des humeurs et des solides qu'exige une bonne santé. A son degré le plus faible, la *pléthore*, si on prend le mot dans son acception la plus ordi-

naire, n'est autre chose qu'un tempérament sanguin très accentué. Elle n'est pas incompatible avec une longue existence, et elle donne même une intensité de vie qu'on ne retrouve pas dans les états opposés. Le rôle qu'elle a joué dans la médecine est considérable, ainsi que le prouve la facilité avec laquelle on prodiguait autrefois la saignée pour la combattre. Aujourd'hui c'est plutôt la chloro-anémie qui règne. — Mais la pléthore, telle qu'on l'entendait jadis, n'en existe pas moins et, comme on la rencontre surtout précisément à l'âge où se contractent les assurances sur la vie, il importe de savoir quelles peuvent être ses conséquences médiates ou immédiates, prochaines ou éloignées, et de déterminer les cas où, à elle seule, elle devient un motif d'exclusion ou d'ajournement.

Quand on décompose les éléments de la pléthore, on trouve : 1° une augmentation de la masse totale du sang : 2° un excès dans la pression vasculaire ; 3° un nombre plus grand de globules rouges et une richesse plus considérable de ces globules en hémoglobine. Ces deux dernières circonstances sont les plus importantes et les plus carac-

téristiques. Elles constituent la vraie pléthore sanguine, très distincte de la polyémie séreuse. En outre, le sang des pléthoriques est plus dense, plus épais et circule moins facilement que lorsqu'il présente des conditions opposées.

(1) Il est inutile de décrire les formes de pléthore qu'on fait reposer sur l'excès des pressions intravasculaires et sur la richesse en globules rouges et en hémoglobine. La plupart de ces distinctions sont très arbitraires en clinique. La vraie pléthore est habituellement formée par leur réunion et on voit chez le même sujet la surabondance absolue du sang, une tension circulatoire élevée et une grande richesse en globules et en hémoglobine.

Relativement à cette dernière condition il est bien difficile de poser des bornes un peu fixes. A quel chiffre y a-t-il pléthore ? Est-ce à 4, à 6 millions de globules par millimètre cube ? — Le globule rouge que M. Malassez appelle avec raison la *monnaie respiratoire*, doit être chargé d'une suffisante quantité d'hémoglobine pour fixer l'oxygène de l'air dans l'acte de la respiration et le dépenser dans tous les points de l'organisme. Le dosage de l'hémoglobine qui repose sur l'intensité de la coloration du sang, a permis de constater chez les pléthoriques l'inverse de ce qu'on observe dans la chlorose, c'est-à-dire une plus grande quantité de ce principe pour un nombre relativement moins grand de globules. — Mais ces conditions peuvent devenir nuisibles par leur excès. L'extrême densité du sang, l'exagération de sa plasticité, prédisposent aux congestions actives et passives, aux congestions hémorrhagiques, aux inflammations, aux apoplexies sanguines, etc, à l'oppression des forces par ralentissement du mouvement circulatoire et encombrement du système vasculaire,

Sa richesse est inégale, suivant les différentes parties de l'arbre circulatoire, ce qui implique une grande diversité parmi les circulations locales et crée des *pléthores partielles.* Or, ces pléthores partielles qui se greffent sur la pléthore générale sont celles dont le médecin doit le plus se préoccuper, parce qu'elles placent ceux qui en sont atteints dans un état d'imminence morbide assez sérieux la plupart du temps pour contre-indiquer l'assurance.

La forme de pléthore résultant d'un excès dans la masse du sang, ou la pléthore *ad vasa* des auteurs anciens, est l'attribut des gros mangeurs, des gens sédentaires, des femmes après l'âge de retour, quand elles sont privées d'un flux sanguin qui leur était devenu nécessaire, etc. Elle est héréditaire dans certaines familles ou peut se créer de toutes pièces. Elle se traduit par une ampliation du système veineux d'où résultent les varices, les tumeurs variqueuses, les hémorrhoïdes, des congestions viscérales, des engorgements qui ont parfois pour crise des hémorrhagies périodiques, etc. Il y a là un ensemble d'états anatomo-pathologiques et de troubles fonctionnels qui fait partie de

l'affection hypocondriaque telle qu'on la concevait jadis, et de ce que les Allemands désignent sous le nom de *vénosité*.

Envisagée à ce point de vue, la pléthore correspond plutôt au tempérament bilieux qu'au tempérament sanguin.

Les circulations locales, surtout celles des viscères de l'abdomen, sont ralenties et le contact prolongé du sang avec les tissus fait qu'il se surcharge de principes uratiques. Aussi observe-t-on souvent, dans cette forme de pléthore, la goutte et la gravelle. Ajoutez-y l'artério-sclérose, très commune en pareil cas chez les pléthoriques d'un certain âge, et vous aurez une véritable dyscrasie morbide, susceptible de produire, dans un délai plus ou moins long, des affections très graves, des accidents instantanés, parmi lesquels l'apoplexie cérébrale est un des plus fréquents et des plus redoutables.

Il y a de ces pléthoriques qui, sans avoir jamais été malades, sont toujours sur le point de le devenir. On les reconnaît à leur teint d'un rouge jaunâtre, à la dilatation et à l'inertie du réseau capillaire superficiel, à l'ampleur de leurs veines, à la surcharge graisseuse de l'épiploon et du mésentère, à

la tendance aux flux hémorrhoïdaires, à la forte tension de leur pouls, aux embarras que présentent souvent leurs digestions gastro-intestinales, aux vertiges, aux somnolences, à certains sentiments d'angoisse et de dyspnée, sans cause organique, etc.,

Lorsque ces anomalies dans l'état organique et dans le fonctionnement des sujets pléthoriques sont très peu prononcées et ne se rattachent à aucune diathèse héréditaire précise, goutteuse ou autre, on ne les considérera pas comme des motifs suffisants d'exclusion ou d'ajournement.

Mais si les proposants sont de race arthritique, s'ils ont eu antérieurement quelque détermination congestive du côté du foie, même légère, ou bien des attaques d'hémorrhoïdes, il sera prudent de les refuser.

Il existe du reste une telle complexité dans ces sortes de dyscrasies, placées aux limites extrêmes de l'état physiologique ; elles touchent de si près à la maladie et se rattachent par des liens si étroits à de véritables diathèses, qu'elles doivent inspirer la plus grande défiance.— Mais il est impossible d'indiquer en détail tous les cas dans lesquels on devra accepter ou refuser. Qu'il nous

suffise de dire que ces derniers seront peut-être les plus nombreux.

VI. — NEURASTHÉNIE

Ce que la chloro-anémie et la pléthore essentielles, dans leur plus faible degré, sont par rapport au tempérament lymphatique et sanguin, la neurasthénie l'est par rapport au tempérament nerveux. Les anomalies fonctionnelles qui la constituent sont protéiformes, complexes, difficiles à délimiter et à décrire. — Il n'y a pas là une maladie à proprement parler, mais une exagération de certains attributs, qui n'implique pas nécessairement une atteinte sérieuse, irrémédiable à la longévité et est loin de contre-indiquer toujours l'acceptation de l'assurance.

Nous avons parlé déjà de la neurasthénie au sujet de l'hérédité dans les affections du système nerveux. Bornons-nous à énumérer quelques-uns de ses symptômes, puis nous examinerons quels sont les cas où elle devient un motif suffisant de refus.

Il y a tout à la fois dans la neurasthénie de la faiblesse et de l'excitabilité. Ceux qui

en sont atteints sont les gens nerveux par excellence. Ils présentent :

1° Du côté de l'*intelligence*, tantôt de l'excitation, mais le plus souvent de la paresse cérébrale, des distractions, des absences, un défaut d'attention, une certaine faiblesse de la mémoire, de grandes inégalités de caractère, une inactivité toute particulière, des conceptions bizarres, des idées hypocondriaques, etc.

2° Du côté de la *motilité*, de l'agitation, des secousses dans les membres, des tremblements ou bien de l'apathie, de la lourdeur, de la faiblesse, presque de la parésie ou une courbature douloureuse des muscles qui est très prononcée surtout le matin au réveil, etc.

3° Du côté de la *sensibilité*, des céphalalgies fréquentes, névralgiformes, occipito-frontales, des rachialgies, des éclairs de douleur un peu partout, dans les espaces intercostaux, sur le trajet des différents nerfs du tronc ou des membres, des exaltations, des perversions ou des diminutions de la sensibilité générale et des sens spéciaux, d'où résultent des bourdonnements d'oreilles, des obnubilations, des éblouissements, de la photophobie, des vertiges, une exagération

ou une diminution des réflexes tendineux et pupillaires, de la sensibilité des pieds, etc.

4° Du côté du *système circulatoire*, des troubles vaso-moteurs, des palpitations, des étouffements, des syncopes et même quelquefois de véritables crises d'angine de poitrine.

5° Du côté du *système digestif*, un appétit inégal, démesuré ou languissant, des ballonnements d'estomac après les repas, des attaques de gastralgie, des borborygmes, un état de constipation habituel, etc.

6° Du côté des *fonctions génitales*, des perversions, des inégalités, mais plutôt un affaiblissement qu'un accroissement de l'appétit et de la puissance génésiques, l'éjaculation rapide avec ou sans spermatorrhée, des douleurs utéro-ovariques, etc.

On trouve dans cet ensemble qui varie beaucoup suivant les individus et encore plus suivant le sexe, de nombreuses affinités avec les grandes névroses. Et cependant on voit des sujets qui ne deviennent jamais sérieusement malades, et chez lesquels aucune névropathie spéciale, limitée, fixe, n'arrive à s'implanter sur ce substratum nerveux. On en rencontre beaucoup qui vivent très longtemps et aboutissent à l'extrême vieillesse,

après avoir souffert pendant toute leur existence de ces *maux de nerfs*.

Pour porter un pronostic rationnel sur le plus ou moins de longévité dont les neurasthéniques sont susceptibles, il faut toujours remonter aux causes de cet état. Voici quelles sont les conclusions qu'on peut formuler :

1° Les proposants qui ont été très neurasthéniques depuis leur enfance, et qui sont issus de parents névropathes, épileptiques hystériques, vésaniques, etc., doivent être, dans la plupart des cas, exclus de l'assurance, leurs organes fussent-ils exempts de toute altération.

2° Seront sur la limite de l'acceptation les neurasthéniques qui sont issus d'une souche diathésique rhumatismale, goutteuse, herpétique, etc., et qui le sont devenus spontanément sous la seule influence du germe qu'ils portaient en eux par le fait d'une tare héréditaire.

3° On ajournera ou on acceptera, suivant les cas, les proposants atteints d'une neurasthénie accidentelle dont on peut préciser et neutraliser les causes, mais à la condition que ces causes n'auront pas porté une atteinte

sérieuse aux forces plastiques de l'organisme et qu'il n'y aura rien autre chose au-delà du trouble nerveux.

4° Enfin, il y a des neurasthéniques qu'on devra toujours accepter. Ce sont ceux qui n'ont qu'un tempérament nerveux exagéré, sans aucune tare héréditaire, sans aucun fond morbide constitutionnel; dont tous les organes sont intacts, qui ont toujours été bien portants, à part leurs maux de nerfs, et qui ne se trouvent exposés à aucune des causes qui peuvent faire dégénérer en névroses graves, leur neurasthénie habituelle.

CHAPITRE II

ELEMENTS D'APPRÉCIATION FOURNIS PAR LE PASSÉ PATHOLOGIQUE DES PROPOSANTS

Les renseignements que le proposant fournit sur son passé pathologique peuvent être, dans bien des cas, d'une grande utilité pour le médecin; comme aussi, dans quelques autres, ils n'ont aucune signification de quelque valeur. — Tout dépend de la nature des affections et de l'époque à laquelle elles se sont produites. Leur gravité, le danger qu'elles ont fait courir pendant leur durée ne viennent qu'en seconde ligne.

Ce sont les maladies à longue échéance, à poussées successives, qu'il faut surtout rechercher, celles qui laissent des traces durables et sont susceptibles, à un moment donné,

de quitter leur état latent pour s'emparer à nouveau de l'organisme, sans qu'on puisse affirmer qu'elles le quitteront jamais.

Section I. — Maladies aiguës

Qu'importe, par exemple, qu'un proposant ait eu dans son enfance toutes les maladies propres à cette période de l'existence : rougeole, variole, scarlatine, faux croup, diphtérie, coqueluche, etc., etc.? — Qu'importe aussi que plus tard il ait été atteint, dans son adolescence, de maladies épidémiques, variole, fièvres muqueuses, grippe, fièvre typhoïde, typhus, choléra, fièvre jaune, etc..?
S'il en a triomphé, si sa santé, malgré les rudes épreuves qu'elle a subies, en est sortie intacte, c'est une bonne note en faveur de sa résistance vitale. En outre, comme la plupart de ces maladies générales aiguës n'attaquent qu'une fois le même individu, c'est une garantie qu'il ne les aura plus et une immunité précieuse pour l'avenir. — Il y a donc là des motifs d'acceptation plutôt que de refus, surtout lorsqu'un long intervalle de bonne santé

s'est écoulé entre ces maladies et le moment où l'assurance est demandée.

Quel doit être cet intervalle? Il est rare que le médecin ait à se poser cette question. Presque toujours, quand les proposants se présentent, ils sont guéris depuis longtemps de leurs maladies aiguës accidentelles. Ne pourrait-il pas se faire, cependant, que des circonstances impérieuses leur fissent une obligation de subir prématurément l'examen médical?

Eh bien, en pareille occurrence, le médecin devra presque toujours ajourner, en laissant entendre que cet ajournement est une simple formalité, et que, au bout de quelques semaines, l'acceptation ne souffrira aucune difficulté. — Il faut avoir grand soin de ne pas décourager le proposant, de ménager sa susceptibilité, ses craintes et son peu de confiance en lui-même, quand il sort d'une maladie sérieuse.

I

La durée de l'ajournement variera suivant les maladies accidentelles aiguës. Il y en a

quelques-unes qui, outre les dangers immédiats qu'elles font courir, en suscitent d'autres d'une portée plus longue et qui leur survivent. — Telle est, par exemple, la rougeole après laquelle on voit souvent se développer la phtisie pulmonaire chez les personnes qui étaient héréditairement prédisposées et même chez celles que leurs antécédents semblaient devoir y soustraire. — Telle est encore la scarlatine dont les formes, en apparence les plus régulières et les plus bénignes, se compliquent parfois d'accidents fort graves, à un moment où on croyait tout danger conjuré. — Cette maladie a une prédilection très marquée pour les reins. Elle y détermine des congestions, des inflammations légères ou profondes qui vont jusqu'à la maladie de Bright. D'un autre côté, ses déterminations articulaires sont assez fréquentes et susceptibles de se convertir en un véritable rhumatisme articulaire aigu, avec ses complications cardiaques. — Aux accidents immédiats de cette grave pyrexie exanthématique, se rattachent donc des maladies ultérieures, telles que les néphrites et les lésions organiques du cœur. — En outre, la chorée, si étroitement liée au rhumatisme,

se manifeste dans quelques cas longtemps après la scarlatine.

En général, on n'acceptera l'assurance que deux mois environ après la convalescence d'une rougeole, et trois ou quatre après celle d'une scarlatine; et encore, ne le fera-t-on qu'autant qu'on se sera assuré une ou plusieurs fois que ces fièvres n'ont eu aucune conséquence fâcheuse pour les poumons, pour les reins et pour le cœur. — L'ajournement devrait être plus prolongé si les sujets étaient issus de race tuberculeuse ou arthritique.

S'il s'agit d'une fièvre typhoïde, il faudra faire à peu près les mêmes réserves, tenir compte de la santé antérieure des proposants, de leurs antécédents héréditaires, et ne se décider à admettre que plusieurs mois après une convalescence franche.

D'autres maladies aiguës accidentelles, contagieuses ou non, saisonnières, épidémiques, sporadiques, telles que les fièvres muqueuses, bilieuses, les grippes, les angines, les oreillons, etc., n'apporteront aucune restriction, ou du moins qu'une restriction beaucoup moins sévère que les précédentes à

l'acceptation, si on les constate dans le passé pathologique du malade, à une époque très rapprochée du moment où il veut s'assurer.

On fera une exception pour les fièvres intermittentes, dont les accès ont été graves, sous le type tierce ou quarte, et se sont reproduits fréquemment, lorsque le patient a été soustrait à l'influence palustre qui les avait causés. — Le médecin examinateur se trouvera fréquemment appelé à se prononcer sur des cas d'infection paludéenne contractée dans nos colonies. Presque toujours il se verra forcé de les ajourner ou de les refuser. — Il n'oubliera point que cette infection est beaucoup moins transitoire que celles des pyrexies typhiques et exanthématiques, qu'elle crée une véritable diathèse dont l'organisme ne parvient à se débarrasser que très difficilement et après des années d'une santé précaire, minée par l'anémie, les congestions des viscères des hypocondres, les entérites chroniques, etc. La convalescence est extrêmement longue ; il est difficile de lui assigner un terme. Il faut ajourner le proposant pour une période indéterminée et ne se décider à l'acceptation, que s'il est débarrassé de ses accès depuis cinq ou six mois au moins

et s'il ne présente à ce moment ni affection gastro-intestinale, ni anémie, ni engorgement de la rate et du foie.

Les considérations qui précèdent ne peuvent pas sortir des généralités pour se formuler en propositions précises. Il est bien évident que l'appréciation du risque variera beaucoup suivant les cas individuels. Mais il sera toujours prudent d'exiger un intervalle de temps considérable, même dans les cas légers, entre la convalescence de toutes ces fièvres et le moment de l'acceptation. — Il faudra, comme garantie contre les risques, une période de bonne santé parfaite et non interrompue, dont la durée variera entre un mois, six mois, et souvent plus.

II

Les maladies aiguës locales que les proposants mentionnent dans leur passé pathologique empêcheront rarement l'assurance, à moins que, par leur répétition sur le même organe, elles n'indiquent une prédisposition derrière laquelle pourrait bien exister un état morbide constitutionnel. Ainsi les catarrhes aigus du larynx, de la trachée et des bronches,

quand ils se reproduisent souvent, peuvent faire craindre la phtisie pulmonaire. D'un autre côté, à force de se répéter, ils finissent par prendre droit de domicile ; ils deviennent chroniques, conduisent à l'emphysème, aux maladies du cœur droit etc. — S'ils n'ont lieu qu'en hiver et sous l'influence de leurs causes extérieures ordinaires, ils ne constituent pas des antécédents très fâcheux ; mais il n'en est pas ainsi lorsqu'ils naissent à propos de rien et deviennent de moins en moins accidentels et saisonniers. — Leur signification augmente encore de gravité lorsqu'ils suscitent un trouble plus ou moins permanent de la santé générale, surtout s'il existe chez les proposants quelque tare héréditaire.

Ce que nous disons des catarrhes aigus laryngo-trachéo-bronchiques, s'applique aussi aux affections aiguës du parenchyme pulmonaire et de la plèvre, avec quelques différences qu'il faut indiquer. Ainsi, les pneumonies franches, alors même qu'elles attaquent plusieurs fois la même personne, sont un antécédent moins fâcheux que le catarrhe broncho-pulmonaire. — Les pleurésies, au contraire, en particulier celles du côté droit, constituent par

leur répétition un antécédent d'un très mauvais augure; car, outre qu'elles sont quelquefois fort graves en elles-mêmes, elles peuvent rétrécir par leurs adhérences le champ de la respiration, déformer le thorax et entraver pour toujours le libre fonctionnement des poumons et du cœur, etc. — De plus elles sont très souvent symptomatiques d'une tuberculisation latente.

On fera donc bien de n'accepter qu'avec la plus grande réserve les proposants qui ont eu plusieurs pleurésies ou qui sont très sujets aux catarrhes aigus des voies respiratoires, fussent-ils, au moment de l'examen, dans un état organique et fonctionnel qui ne contre-indiquerait pas l'assurance. — Il faudrait les refuser, si ce passé pathologique paraissait dépendre beaucoup moins de circonstances accidentelles que d'une prédisposition innée ou acquise, et si chez leurs ascendants il y avait des tuberculeux ou des arthritiques.

De pareilles conclusions n'ont rien d'absolu et ce qu'elles pourraient présenter de sévère au premier abord se trouve souvent corrigé par la bonne impression que laisse l'examen direct du proposant.

Du côté de l'appareil circulatoire, les mala-

dies aiguës se rencontrent bien plus rarement que celles des bronches et des poumons, dans les antécédents des proposants. Cela tient à ce qu'elles ne sont presque jamais primitives, accidentelles et indépendantes de toute autre affection. Elles constituent une des manifestations les plus communes et les plus graves du rhumatisme articulaire aigu, et se rattachent si étroitement à son histoire, qu'on peut logiquement conclure que la péricardite ou l'endocardite ont dû se produire, à un moment ou à un autre, chez les personnes qui ont eu plusieurs atteintes de cette maladie constitutionnelle. Les phlegmasies de l'appareil cardio-vasculaire, presque toujours deutéropathiques, doivent être considérées comme un des antécédents les plus fâcheux. Lorsqu'un proposant affirme qu'il en a été atteint à une période quelconque de sa vie, il est à peu près certain qu'on trouvera chez lui des lésions organiques qui ne permettront pas de l'admettre. — Par lui-même cet antécédent a une signification assez sérieuse pour qu'on puisse à priori, dans la plupart des cas, refuser l'assurance.

Il en est ainsi pour toutes les phlegmasies dont l'existence est plus ou moins

intimement liée à une maladie générale et constitutionnelle. — Comme ces phegmasies ne sont qu'exceptionnellement accidentelles, les malades ne se trouvent jamais à l'abri de leurs atteintes et cette menace perpétuelle est d'une grande importance dans l'appréciation des risques. — Les néphrites, les pyélo-néphrites rentrent dans cette catégorie. — Le proposant qui en aurait été atteint devrait être tenu pour très suspect.

Les inflammations aiguës de l'appareil digestif sont d'un pronostic moins grave, sauf toutefois lorsqu'elles ont pris naissance dans les pays chauds. Les proposants qui ont habité le Sénégal, la Cochinchine, le Mexique, les Antilles, les Indes et l'Algérie, mentionnent souvent la dysenterie et les phlegmasies du foie parmi leurs antécédents. Ce ne sont point alors, à proprement parler, des maladies locales, car elles se rattachent à des conditions telluriques et dépendent de l'intoxication paludéenne dont elles sont une des manifestations multiples. — Aussi occupent-elles une grande place dans l'appréciation des risques.

Les phlegmasies du système nerveux et de ses enveloppes, encéphalites, myélites, mé-

ningites cérébrales et rachidiennes, ne figurent jamais dans le passé pathologique des proposants et cela pour de bonnes raisons : c'est qu'elles tuent ou laissent des infirmités incurables. On trouve quelquefois des personnes qui vous disent que, dans leur enfance ou même plus tard, elles ont eu des fièvres cérébrales. Entendez par là des pyrexies compliquées de délire et d'ataxie. — Comme ce sont des maladies accidentelles, il n'y a pas à en tenir compte, du moment qu'on en est guéri depuis longtemps.

Les inflammations aiguës de la peau, à part les fièvres éruptives contagieuses, n'ont aucune importance en tant que maladies isolées. — Elles sont subordonnées à des états généraux et le même pronostic leur est applicable. — Du reste, les proposants ne les mentionnent presque jamais dans leurs antécédents.

Section II. — Maladies chroniques et grands processus pathologiques

La liste des maladies chroniques est plus variée et plus nombreuse que celles des ma-

ladies aiguës. Elles sont d'une importance beaucoup plus considérable dans l'appréciation des risques. Mais, par cela même qu'elles ont duré longtemps ou qu'elles sont en permanence, on en trouve des traces chez le proposant. — Nous aurons à nous occuper de la plupart d'entre elles lorsqu'il sera question de l'examen direct des organes.

Les aveux de ceux qui en ont été atteints sont d'un grand secours pour les diagnostiquer, dans tous les cas, et surtout lorsqu'il s'agit de cette classe de maladies dont on ne connaît pas encore les altérations matérielles, telles que les névroses essentielles, épilepsie, hystérie, etc., etc. Mais ces aveux ne sont pas toujours faciles à obtenir. Les proposants ne les font qu'avec certaines restrictions, ou bien, malgré la bonne volonté qu'ils y mettent, on ne trouve que confusion et incertitude dans les renseignements qu'ils donnent sur leur passé pathologique. Il est donc nécessaire de diriger l'interrogatoire dans tel ou tel sens, suivant les indications. On ne peut poser aucune règle fixe à cet égard. Cependant, le médecin d'assurances fera bien d'avoir toujours présentes à l'esprit certaines questions dont la plupart, du reste, sont mentionnées dans

les feuilles des Compagnies. Les réponses qui lui seront faites fourniront souvent des notions précieuses sur la santé passée ou actuelle du proposant, et permettront quelquefois, à elles seules, de porter un jugement décisif sur sa santé future.

Chacun peut se faire un questionnaire et s'en tenir à celui qui lui paraîtra le plus commode. Voici comment nous procédons avant de commencer l'exploration méthodique de chacun des organes.

I. — HÉMORRHAGIES

Nous demandons d'abord au malade s'il est sujet à perdre du sang. — A-t-il eu fréquemment des hémorrhagies nasales ? — A quelle époque? — Depuis quand ont-elles cessé? — Sont-elles revenues ? — A-t-il craché du sang ? — En a-t-il vomi ou rendu par les garde-robes ? A défaut de sang, n'a-t-il pas rendu par les garde-robes des matières noires semblables à du marc de café? — Est-il sujet aux flux de sang hémorrhoïdaires? Sont-ils en permanence chez lui ou ne les a-t-il eus qu'à une certaine époque de son existence ? — A-t-il quelquefois pissé du sang ?

Était-ce dans le cours d'une blennorrhagie ou sans qu'il y eût aucune affection du canal de l'urèthre? — Chez les femmes, la question des pertes de sang se lie étroitement à celle des fonctions menstruelles. Elle est beaucoup plus compréhensive que chez l'homme. Elle embrasse toutes les phases de la vie sexuelle, depuis la puberté jusqu'après l'âge critique. La plupart des hémorrhagies qui se produisent ailleurs que sur la muqueuse utérine lui sont subordonnées, car elles ne sont souvent qu'une déviation de la menstruation. Aussi peut-on dire d'une manière générale que les hémorrhagies nasales, broncho-pulmonaires, et gastro-intestinales ont une signification moins grave chez la femme que chez l'homme.

Quels sont les éléments d'appréciation pour les risques que fournissent les hémorrhagies dans les antécédents des proposants?

1° *Epistaxis.* — Si elles se sont produites chez le proposant à l'âge de la puberté, il ne faudra point en tenir compte, parce qu'elles sont alors très communes. — Si, survenues plus tard, elles ont présenté chez lui tous les attributs d'une hémorrhagie supplémentaire, en remplaçant chez la femme les règles, et,

dans les deux sexes, des hémorrhoïdes supprimées, des affections cutanées, un érysipèle etc. ; si elles ont été le résultat manifeste d'une insolation, d'un changement brusque dans la température, dans la pression atmosphérique, etc. ; ou bien, si elles se sont montrées au début d'une fièvre typhoïde, d'une rougeole, d'une affection aiguë transitoire, on n'aura pas à s'en préoccuper. — Il n'en sera plus de même, si le proposant est devenu sujet aux saignements de nez, à partir de 35, 40 ans ou plus tard. A cet âge, en effet, les épistaxis sont presque toujours symptomatiques d'une lésion locale sérieuse ou d'une affection interne grave : artério-sclérose, maladie organique du cœur, maladies de l'appareil hépato-splénique, leucocythémie, néphrites chroniques. — Cet antécédent servira donc à diriger l'investigation dans ce sens. Si elle ne donnait que des résultats négatifs, il n'en faudrait pas moins considérer comme un assez mauvais signe, surtout chez les hommes, les épistaxis répétées de l'âge mûr et de la période d'involution, et ajourner l'assurance. — Chez la femme, on serait moins sévère avant et pendant la ménopause, à cause du caractère sup-

plémentaire que présentent fréquemment ces hémorrhagies.

2° *Hémoptysies.* — Les hémorrhagies broncho-pulmonaires, lorsqu'elles sont survenues chez les proposants, vers une époque peu éloignée du moment où ils se présentent à l'assurance, constituent un antécédent de nature à faire rejeter l'admission dans presque tous les cas, alors même que l'examen direct n'en ferait découvrir la cause ni dans les poumons, ni dans le cœur. L'hémoptysie, en effet, dépend presque toujours d'une maladie grave de l'appareil respiratoire ou de l'appareil circulatoire. Elle est symptomatique, d'une part, de la tuberculose pulmonaire à laquelle elle fait songer tout d'abord, des congestions, des embolies, des gangrènes du poumon, de quelques formes de bronchite chronique et de certaines dilatations des bronches, etc.; d'une autre part, des lésions de l'orifice mitral, des hypertrophies et dilatations du cœur, des anévrysmes de l'aorte, etc., affections qui sont toutes incompatibles avec l'assurance. Elle est non seulement un symptôme, mais un phénomène précurseur. Aussi, faut-il attacher une impor-

tance extrême à cet antécédent, quelles que soient les circonstances qui l'aient précédé ou qui l'aient suivi, parce que, par lui-même, il est d'une signification presque toujours inquiétante. — Cependant, on pourrait passer outre s'il remontait à une époque très éloignée et s'il n'avait été suivi, depuis plusieurs années, d'aucune conséquence fâcheuse. — On ferait exception aussi pour les hémoptysies qui ont été manifestement supplémentaires ou succédanées (1). Dans tous les autres cas, l'antécédent hémoptysie, s'il est bien démontré, sera un motif péremptoire d'exclusion.

3° *Hématémèses, Mélæna, Entérorrhagies.* — On ne se montrera pas moins sévère pour les vomissements de sang, à moins qu'ils ne remontent dans un passé très lointain et qu'ils n'aient été séparés du moment de l'assurance par une longue période de santé parfaite. Ils sont, en effet, presque toujours symptomati-

(1) Souvent, chez les femmes très nerveuses et chez les hystériques, les menstrues sont remplacées ou complétées pendant un temps plus ou moins long, par des épistaxis, des hématémèses, des hémoptysies. Sur 200 cas de ces hémorrhagies supplémentaires, M. Puech a trouvé 24 fois l'hémoptysie. Elle y figurait donc pour un huitième.

ques ou avant-coureurs d'une lésion grave de l'estomac, ulcère simple et cancer, dont ils doivent tout de suite suggérer l'idée. On les observe aussi dans les engorgements de la rate et surtout dans les cirrhoses du foie. — Les seuls vomissements de sang, susceptibles de trouver grâce au point de vue de l'assurance, sont ceux qui ont eu pour cause des fièvres graves guéries, ou qui ont présenté chez les femmes, à l'époque de la ménopause ou avant, tous les caractères d'une hémorrhagie franchement supplémentaire.

Les mêmes conclusions sont applicables aux selles noires, résultant de l'évacuation par l'anus du sang qui a séjourné dans l'intestin ou mélœna, car le mélœna coïncide souvent avec l'hématémèse. Quand il n'a pas son point de départ dans l'estomac, mais dans l'intestin, il indique des lésions graves : entérite ulcéreuse, tuberculose intestinale, dégénérescence amyloïde des petits vaisseaux, obstruction circulatoire de la veine porte, engorgements hépato-spléniques, dysenteries chroniques, etc.

Seront affranchies de l'exclusion, les hémorrhagies intestinales dont la cause aiguë ou passagère (fièvre jaune, fièvre typhoïde,

dysenterie, certaines variétés de fièvres intermittentes, etc., enfin les entérorrhagies supplémentaires des règles), n'existe plus depuis longtemps.

4° *Hémorrhoïdes.* — On a longtemps considéré, à l'exemple d'Hippocrate et de Galien, les *hémorrhoïdes* comme des émonctoires salutaires, utiles à ceux que tourmente un autre mal. Il y a dans cette manière de voir une exagération suggérée par des théories qui ne sont plus de mode. Toutefois, l'existence des hémorrhoïdes dans le passé pathologique des sujets n'implique point nécessairement le refus. Dans un grand nombre de cas l'acceptation sera de règle, à moins que l'affection n'ait présenté un caractère tout à fait insolite de gravité.

Mais, en somme, c'est une infirmité souvent pénible et qui entraîne parfois des complications sérieuses, telles que l'anémie, des décollements, des fistules, des fissures, des abcès et des rétrécissements du rectum, etc. En outre, les hémorrhoïdes sont très fréquemment des manifestations de la goutte et du rhumatisme. Si elles exercent maintes fois une sorte d'*influence préservatrice*, ce

fait lui-même ne prouve-t-il pas qu'elles font partie d'un organisme malade, d'un complexus pathologique dont les éléments divers doivent se balancer pour obtenir une sorte d'équilibre artificiel instable?

Donc, le médecin d'assurances ne prendra pas au pied de la lettre le pronostic trop favorable que, par tradition, on est enclin à porter sur les hémorrhoïdes. — Si le proposant en est débarrassé depuis longtemps, il ne fera aucune difficulté pour l'accepter ; s'il en est encore atteint, il ne se prononcera qu'après un examen complet du rectum.

5° *Métrorrhagies.* — La limite exacte entre le flux cataménial et l'hémorrhagie utérine est souvent très difficile à fixer. Les femmes sont plus ou moins abondamment réglées aux époques voulues. Quand elles le sont beaucoup et longtemps, il y a déjà quelque chose d'anormal dans la fonction menstruelle. Quand elles le sont très abondamment, qu'elles perdent des caillots et sont affaiblies et anémiées, il y a *ménorrhagie.* Enfin, l'hémorrhagie a un caractère essentiellement morbide, chaque fois qu'elle survient en dehors des époques où s'accomplit l'ovulation.

Les causes de ces pertes de sang, en dehors de la grossesse, sont très nombreuses. Quelques-unes sont accidentelles; c'est la minorité. Presque toutes tiennent à un vice originel dans le fonctionnement utéro-ovarique, à un état général, à une dyscrasie, ou bien à une lésion de l'appareil génital. — On considérera donc comme un antécédent fâcheux les règles excessives et les vraies *métrorrhagies.*

Si le fait ne s'est produit qu'une ou deux fois et s'il remonte à une époque très éloignée; si, depuis, la menstruation a été très régulière, comme date et comme abondance, il n'y aura pas lieu de refuser la proposante.

Mais dans les cas où les réponses feront supposer que, chez elle, il existe une anomalie ménorrhagique constante, il serait prudent de ne pas accepter l'assurance, quand même la santé générale ne paraîtrait pas en avoir subi des atteintes fâcheuses. On ne ferait exception que si la femme avait franchi heureusement et dépassé depuis plusieurs mois l'âge critique, et si la ménopause était venue mettre un terme définitif au fonctionnement vicieux de l'appareil utéro-ovarique. Et encore, faudrait-il s'assu-

rer qu'il ne reste aucune lésion de ce côté-là.

Les hémorrhagies utérines qui se produisent avant, pendant ou après l'accouchement sont plus graves que les précédentes, parce qu'elles exposent à un danger plus immédiat. On fera donc bien de refuser toute proposante qui avouera que l'état puerpéral s'est compliqué chez elle de pertes de sang. — Si cette complication ne s'était produite qu'une fois, à une première grossesse, on pourrait passer outre, surtout si les grossesses ultérieures en avaient toutes été exemptes. Mais on serait inexorable dans les cas où toutes les grossesses auraient donné lieu à des pertes de sang, la menstruation dans leurs intervalles eût-elle été très régulière. — Ici encore tous ces mauvais antécédents seront effacés par une ménopause normale qui ne laissera après elle ni trouble fonctionnel, ni lésion utéro-ovarique, ni état morbide général, etc.

6° *Hématuries.* — Celles qu'on observe dans nos climats sont très rares chez la femme. En certains pays, tels que l'Ile-de-France, le cap de Bonne-Espérance, l'Égypte et le Brésil, les personnes de l'un et de l'autre sexe y sont

très sujettes. L'hématurie y est pour ainsi dire endémique et elle contre-indique l'acceptation, tant que la guérison n'est pas certaine et n'est pas garantie par l'éloignement des causes qui ont produit et entretenu l'affection. — Mais ce n'est pas cette hématurie que le médecin d'assurances rencontrera dans le passé pathologique des proposants. C'est l'*hématurie symptomatique* d'une affection des voies génito-urinaires sur la signification et sur la portée de laquelle il aura à se prononcer.

Si on excepte les petites hémorrhagies qui se produisent à la fin de la miction chez les personnes atteintes d'une blennorrhagie compliquée de cystite du col, on peut dire que toute hématurie constitue un antécédent assez fâcheux. — Toutefois, le pissement de sang survenu dans le cours d'une fièvre grave, guérie depuis longtemps, sera considéré comme nul. — Son pronostic est grave, surtout dans les cas où il dépend, à n'en pas douter, d'une affection des voies génito-urinaires.

Il doit faire songer, en effet, à la probabilité de lésions qui ne permettent pas d'accepter l'assurance : néphropathies calculeuses, maladie de Bright, pyélo-néphrites, cancer des reins, fongus de la vessie, calculs vési-

caux, tuberculisation des organes génito-urinaires.

Donc, à priori et en thèse générale, le refus s'imposera pour tout proposant qui déclarera que souvent ses urines ont été teintes de sang. — On ne fera d'exception que si l'accident ne s'est produit qu'une ou deux fois, s'il a dépendu d'une cause accidentelle connue, et si, depuis longtemps, les organes génito-urinaires fonctionnent normalement chez une personne qui n'a pas encore dépassé la période moyenne de la vie.

Mais le médecin ne transigera jamais avec les hématuries répétées qui surviennent, même sans cause apparente et sans entraîner aucun trouble local ou général, chez des sujets ayant dépassé la quarantaine et, à plus forte raison, chez ceux qui sont entrés depuis longtemps dans la période d'involution. — C'est que le pronostic de l'hématurie augmente beaucoup de gravité avec l'âge. Indépendamment de toute autre considération, on fera donc bien de refuser les proposants qui ont éprouvé ces accidents hématuriques un grand nombre de fois et à une époque peu éloignée, leurs organes génito-urinaires parussent-ils indemnes au moment de l'examen.

7° *Sperme sanguinolent.* — Cette petite hémorrhagie, qui est à peu près nulle comme quantité, puisqu'elle se borne à teinter le sperme en rose, a cependant une signification assez fâcheuse. Elle est, en effet, souvent symptomatique d'une tuberculisation des organes génito-urinaires. — A lui seul, cet antécédent, s'il était de date récente, devrait faire rejeter ou tout au moins ajourner l'assurance. — Il est l'analogue de l'hémoptysie, moins grave toutefois et plus rare. Chez les proposants qui l'ont présenté plusieurs fois, il faudra explorer avec la plus grande attention la prostate, les vésicules séminales, le cordon, les épididymes, les testicules, et n'accepter l'assurance que si tous ces organes sont intacts et si l'accident remonte à une époque éloignée (1).

(1) Il est probable que les médecins d'assurances ne rencontreront jamais des proposants atteints d'*hémophilie*, car, outre que cette affection est rare, elle décime ceux qui en sont atteints, avant l'époque où on a l'habitude de s'assurer. L'hémophylie, du reste, étant une diathèse hémorrhagique, congénitale et essentiellement héréditaire, ne permet guère de compter sur l'acceptation, car, elle ne laisse point ignorer son existence, et ses manifestations fréquentes ne pourraient être passées sous silence qu'avec le parti pris formel de tromper le médecin et la Compagnie. Cela serait d'autant plus facile, que les individus soumis à l'hémorrhagie diathésique ne paraissent pas avoir une

II. — HYDROPISIES

Quand on aura épuisé les questions qui se rattachent au grand processus de l'hémorrhagie, on poursuivra l'interrogatoire dans le même sens général, avant de le diriger vers les troubles fonctionnels de tel ou tel appareil.

Après les hémorrhagies, on passera aux *hydropisies*. On demandera au proposant s'il lui est arrivé d'avoir les jambes enflées, toutes les deux ou une seule; — si elles l'ont été longtemps et si, en outre, il y avait douleur, inflammation de la peau, dilatation des veines; — à la suite de quoi est survenu ce gonflement; s'il a augmenté peu

constitution particulière et présentent parfois toutes les apparences de la force et de la santé. — L'hérédité en est la cause la plus puissante et la plus constante. En Angleterre et en Amérique on l'appelle *bleeders*, et, en Allemagne, *bluters*, les familles qui offrent cette disposition constitutionnelle hémorrhagique. Le nombre des enfants épargnés n'est que de 1 sur 2. — L'hémophilie est sept fois plus fréquente chez l'homme que chez la femme. L'Allemagne en compterait beaucoup, cinq fois plus environ que la Suisse et que la France. Ses symptômes caractéristiques sont des hémorrhagies traumatiques et spontanées, des ecchymoses, des tumeurs sanguines et, comme coïncidence, des affections articulaires et des névroses convulsives — On a remarqué que les familles atteintes d'hémophilie étaient très prolifiques. — Au delà de la ving-

à peu et s'est étendu à d'autres parties du corps : mains, paupières, face, cou, poitrine, abdomen ; — avec quels troubles intérieurs a coïncidé un pareil état de choses ; — s'il s'est compliqué d'épanchements dans la poitrine et le ventre, de pissements de sang, de teinte subictérique, de phénomènes cérébraux, de convulsions, de sommeil prolongé, de vomissements, de diarrhée, etc.

Si quelque réponse positive est faite à toutes ces questions, on circonscrira et on développera, en le précisant, l'interrogatoire sur tel ou tel antécédent hydropique, et on en cherchera la signification.

tième année la tendance aux hémorrhagies diminue avec l'âge, ainsi que la gravité de la maladie.

Tout proposant dans le passé duquel on trouvera quelques symptômes d'hémophilie devra être radicalement exclu de l'assurance.

Nous serions tenté d'en dire autant du *purpura* et surtout du *scorbut.* De pareils antécédents devront rarement trouver grâce devant l'assurance. L'*hématidrose* ou sueur de sang qui est une hémorrhagie névropathique, propre surtout au sexe féminin, (femmes pubères chloro-anémiques) ferait aussi refuser formellement l'assurance, si les proposants la mentionnaient dans leurs antécédents.

En général on refusera tout proposant qui accusera une facilité extrême à avoir des saignements interminables pour la moindre cause (piqure, écorchure, contusion, avulsion d'une dent, changement de température ou pression atmosphérique, émotion morale, etc.)

Disons tout d'abord que c'est un antécédent fâcheux, car la plupart du temps il est l'indice d'une maladie des reins, d'une maladie du cœur ou d'une maladie du foie.

Passons en revue les principales circonstances qu'il présente :

1° *Anasarque.* — Si un proposant dit qu'à une certaine époque de sa vie il a eu tout le corps enflé, on pensera a une scarlatine, à une néphropathie albuminurique et on poussera son investigation dans ce sens. — L'anasarque scarlatineuse guérit souvent ; la néphropathie albuminurique guérit quelquefois mais beaucoup plus rarement. L'anasarque est donc en général un antécédent qui, par lui-même, est suffisant pour faire exclure l'assurance, à moins toutefois que l'hydropisie ne soit manifestement survenue sous l'influence du froid, qu'elle n'ait été transitoire et définitivement guérie, qu'elle ne se soit produite à une époque très éloignée de l'examen et n'ait été, depuis, suivie d'aucune conséquence fâcheuse. — Cet antécédent exige une exploration très complète du fonctionnement des reins et une analyse *plusieurs fois répétée des urines.* — Dans la plupart des cas, il devra tout au

moins et sauf de rares exceptions, faire ajourner l'assurance, s'il est de date récente et quand même le proposant présenterait toutes les apparences d'une santé excellente.

2° *Œdèmes circonscrits.* — Le gonflement hydropique partiel des extrémités inférieures reconnaît un grand nombre de causes. Il constitue un antécédent moins fâcheux que l'anasarque. On devra chercher à savoir s'il dépend d'une cause locale ou s'il se rattache à une maladie générale et à une viscéropathie. — Les œdèmes de convalescence, à la suite d'une fièvre grave guérie depuis longtemps, ne doivent pas être pris en considération. — Les œdèmes des extrémités inférieures qui sont survenus à la suite de palpitations et de troubles dyspnéiques seront, au contraire, comptés au nombre des antécédents fort graves. — Comme on peut contrôler leur cause réelle au moyen de l'exploration du cœur et des poumons, nous nous bornerons ici à signaler leur importance, en tant que symptôme d'une cardiopathie entrée dans la phase de l'asystolie. — Il coule de source que s'il est bien établi qu'ils proviennent d'une pareille cause, on rejetera absolument l'as-

surance, n'existât-il actuellement aucune lésion ni aucun trouble apparent cardio-pulmonaire.

Les *varices* sont la cause locale la plus fréquente de l'œdème partiel des extrémités inférieures. En pareil cas, il y a non seulement de l'œdème, mais aussi de la sclérose du tissu cellulaire sous-cutané, de l'épaississement, de l'induration de la peau, avec rougeur livide, diffuse, ou traînées de même couleur le long des veines dilatées, etc. — Les varices produisent tous ces accidents, y compris les ulcérations torpides et interminables, les hémorrhagies par perforation vasculaire, etc. — Lorsqu'elles se compliquent de phlébite et sont obstruées par des caillots de sang, elles constituent une affection très sérieuse et qui doit faire rejeter l'assurance pour beaucoup de raisons, dont les principales sont la possibilité d'embolies et d'accidents graves se rapportant à l'infection purulente. Les engorgements œdémato-variqueux des extrémités inférieures qui ont eu lieu à un moment donné chez le proposant, mais sont guéris, n'en constituent pas moins un antécédent fâcheux, car ils sont susceptibles de se reproduire. — Aussi n'acceptera-t-on l'as-

surance qu'après une enquête qui établira que la phlébite a complètement disparu et que les varices sont redevenues souples et perméables.

Les œdèmes blancs et douloureux des extrémités inférieures, qui surviennent chez les sujets cachectiques et chez les femmes en couches, sont produits par l'oblitération des veines, sans trace d'inflammation de la paroi vasculaire. On les désigne sous le nom de *phlegmatia alba dolens.* Les caillots fibrineux de la thrombose se forment sous des influences générales qu'on ne connaît pas très bien dans leur mode pathogénique, mais dont le pronostic est fort sévère, à cause de la lésion locale et surtout des dangers de l'embolie.

Aussi hésitera-t-on à accepter les proposants qui accuseront cet antécédent et, en particulier, les femmes dont les suites de couches auront été compliquées de la phlegmatia alba dolens. (1)

(1) Parmi les œdèmes circonscrits il faut compter au nombre de ceux dont le pronostic est le plus grave, *l'œdème de toute la partie sus-diaphragmatique du corps*, parce qu'il est le symptôme d'une oblitération de la veine cave supérieure ou de sa compression par des tumeurs intra-thoraciques. — Une fois établi, cet

3° *Hydropisie du péritoine ou ascite.* — Son existence dans le passé d'un proposant doit presque toujours le faire refuser, car elle ne dépend que très exceptionnellement, pour ne pas dire jamais, de causes accidentelles et passagères. Elle se rattache, dans la très grande majorité des cas, à une affection chronique et incurable du foie, ou bien à une tuberculisation et à une affection cancéreuse du péritoine, à une néphropathie albuminurique, etc., sans compter les cardiopathies organiques dont elle finit par devenir une conséquence, de même que l'œdème des extrémités inférieures. — Malgré ses causes chroniques et permanentes, l'hydropisie du péritoine ou ascite peut diminuer et disparaître, soit spontanément, soit sous l'influence d'un traitement approprié. Mais il est à peu près certain qu'elle se reproduira. — A priori, on peut établir que l'assurance devra

œdème disparaît bien rarement; les causes qui le produisent sont, en effet, permanentes et à demeure. Fût-il guéri et n'existât-il qu'à titre d'antécédent morbide plus ou moins éloigné, qu'il faudrait le considérer comme un motif suffisant de refus, (à supposer qu'on n'eût aucun doute sur son existence antérieure), car il se rattache à des lésions malignes ou très dangereuses du poumon, de l'aorte, des médiatins (cancer, anévrysmes, adénopathies scrofuleuses et syphilitiques des médiatins, etc.)

toujours être refusée aux personnes qui ont eu une ascite, à moins que celle-ci ne se perde dans un passé très lointain et que depuis 10, 15 ou 20 ans, la santé n'ait toujours été à peu près irréprochable.

Les autres hydropisies splanchniques, celles des plèvres (*hydrothorax*) et du péricarde (*hydropéricarde*), étant beaucoup moins visibles que celles de l'abdomen, se confondent dans les antécédents cardio-pulmonaires des malades et ne seront point spécialement désignées par eux. Aussi n'y a-t-il pas lieu de s'en occuper ici (1).

III. — GANGRÈNES

Les *gangrènes* constituent un processus d'un pronostic toujours sérieux, eu égard à leurs causes et à leurs conséquences. Mais c'est un de ceux qu'on rencontrera les plus rarement

(1) Quant aux hydropisies ou hydro-phlegmasies de cause toute locale, telles que les hydropisies des bourses séreuses, elles ne devront jamais empêcher l'acceptation. — Une seule, l'*hydrocèle*, pourrait faire exception dans quelques cas rares, si elle était symptomatique d'une affection grave ou maligne du testicule. Mais par elle-même elle n'offre aucun danger et il n'y a pas à se préoccuper de son existence antérieure, de ses récidives, de sa persistance, etc.

dans les antécédents des sujets. A supposer qu'il fût mentionné par eux, il faudrait bien établir, avant de se prononcer, dans quelles circonstances il s'est produit. Il y a des maladies accidentelles, des fièvres, des angines, etc., qui se compliquent assez souvent de gangrène. Du moment qu'on en guérit, le processus s'éteint avec elles, et il n'y a plus à en tenir compte. — Il en est autrement des gangrènes qui sont le résultat d'une altération du système circulatoire et qui proviennent de thromboses, d'embolies, d'artérites, d'ossification des artères, de phlébites, de maladies du cœur, etc. — Dans cette catégorie rentre la *gangrène sénile* ; mais les sujets qui en ont été atteints ne se présentent point à l'assurance pour une bonne raison, c'est qu'ils n'en guérissent pas. Le sphacèle, en effet, a été préparé chez eux de longue main et par une série de lésions permanentes qui s'enchaînent. Aussi n'y a-t-il aucune raison pour que la gangrène, une fois déclarée, ne continue pas à progresser. L'exploration des artères indique en pareil cas un état athéromateux généralisé auquel il n'y a pas de remède, et la mort est la règle. Quelquefois l'arrêt de la circulation résulte d'une

cause qu'on peut considérer comme accidentelle et, en pareille circonstance, les cas de guérison sont nombreux. Néanmoins, on les refusera tous indistinctement, à cause de l'accident lui-même dont rien ne garantit le retour et aussi à cause de l'âge des proposants.

Chez certaines personnes, il existe des dispositions innées ou acquises, probablement des altérations du liquide sanguin, qui vicient la nutrition des tissus et les rendent susceptibles de se mortifier sous l'influence des causes les plus légères. — Si on découvrait dans le passé des proposants une semblable dyscrasie, l'assurance ne devrait pas être acceptée.

Mais ces altérations d'ordre chimique restent souvent à l'état vague et indécis. Il n'y en a qu'une qui soit parfaitement définie et dont l'influence sur la production de la gangrène soit hors de toute contestation, c'est la présence du sucre en excès dans le sang, le *diabète sucré* (glycohémie). Le médecin devra donc diriger son interrogatoire dans ce sens et il demandera au proposant s'il est sujet à avoir des éruptions de furoncles et s'il a eu des anthrax. Ces affections dermo-hypodermiques sont très fréquentes chez les dia-

bétiques et y prennent facilement un caractère gangreneux. — Leur existence antérieure devrait faire soupçonner la glycosurie chez des personnes qui pourraient n'en présenter aucune trace au moment de l'examen. — Cet antécédent sera donc classé parmi ceux qui, dans quelques circonstances, sont de nature à faire refuser ou tout au moins ajourner l'assurance (1).

Toutes les autres variétés de gangrène ont beaucoup moins d'importance que la variété glycosurique au point de vue des assurances.

(1) Dans certains pays, au Brésil par exemple, on conclut presque de l'existence du furoncle à celle de la glycosurie. Chez nous, la relation est peut-être moins étroite et moins nette. Néanmoins, tous les cliniciens, depuis les recherches de Prost et de Marchal de Calvi, reconnaissent que les éruptions répétées de clous et d'anthrax sont une des manifestations les plus ordinaires des urines sucrées. — Les rapports de la glycosurie avec le furoncle sont assez capricieux. Souvent elle précède l'éruption, l'accompagne et lui survit. Mais, dans quelques cas, comme l'ont observé Vulpian, Broca et beaucoup d'autres, elle apparaît avec les clous pour *disparaître avec eux*. — C'est alors que le médecin d'assurance aurait grandement raison de refuser le proposant qui aurait été sujet à de pareilles éruptions. — Par contre, il arrive quelquefois qu'au cours d'un diabète confirmé, les urines deviennent normales pendant l'éruption de la furonculose pour se charger à nouveau de sucre après la guérison. — En tout état de cause, les attaques répétées de furoncles et d'anthrax à tendance gangreneuse, constituent un antécédent des plus suspects.

— Bornons-nous à en mentionner une très singulière, la *gangrène symétrique des extrémités*, qui résulte d'un simple trouble de l'innervation vaso-motrice. Il ne serait pas impossible de la rencontrer dans les antécédents de quelques proposantes, car le sexe féminin entre pour les quatre cinquièmes dans la totalité des cas observés. Elle apparaît de 18 à 25 ans environ et devient très exceptionnelle au-delà de 40 ans. — Quoiqu'elle se rapproche de la gangrène dite sénile, elle en diffère par le siège, par l'étendue, par la marche des lésions et par l'état sain des vaisseaux, etc. Elle n'est pas sans quelque analogie avec l'ergotisme gangreneux (1). Maurice Raynaud qui l'a décrite le premier, déclare que son pronostic est bénin dans la grande majorité des cas et qu'il n'a jamais vu les malades succomber aux progrès du mal. — Donc, bien que son nom soit un peu effrayant, cette affection ne serait pas un motif absolu d'exclusion, surtout si elle était guérie depuis

(1) *La gangrène par seigle ergoté* ne se produit que dans certaines localités, et les progrès de l'hygiène tendent à la faire disparaître. Aussi serait-il extraordinaire de rencontrer un proposant qui en eût été atteint. Si cela arrivait, l'acceptation ou le refus dépendraient des conditions hygiéniques dans lesquelles il se trouverait au moment de l'examen, etc.

longtemps et si les sujets avaient dépassé la quarantaine.

IV. — TUMEURS

Les productions morbides qu'on désigne sous le nom de *tumeurs* sont assez communes pour qu'on ne les néglige pas dans l'interrogatoire des proposants. On leur demandera s'ils en ont eu, où elles étaient placées, quel était leur volume, comment elles se sont comportées, quelle a été leur durée, ce qu'elles sont devenues et quel a été le traitement qu'on leur a fait subir. — Les renseignements, s'ils sont précis et exacts, permettront souvent de deviner quelle était la nature de ces tumeurs et fourniront un élément d'appréciation très important.

Voici quelques conclusions qui comprennent les cas les plus ordinaires.

1° Quand un proposant avouera qu'il a eu fréquemment des abcès qui ont longtemps suppuré, des tuméfactions de longue durée, devenues purulentes et fistuleuses, dans les régions du corps riches en ganglions lymphatiques, on pourra le considérer comme

scrofuleux et le refuser, de par ce seul antécédent, à moins que l'affection ne remonte à une époque fort éloignée, à l'enfance ou à l'adolescence, et que la santé n'ait été parfaite depuis de longues années. — Les tumeurs scrofuleuses de date récente, alors même qu'elles seraient complètement guéries, seraient un motif suffisant de refus, principalement chez des sujets d'un certain âge, car elles indiqueraient une persistance de mauvais augure dans l'activité de la maladie constitutionnelle tuberculo-scrofuleuse.

2° Les tumeurs qui ont nécessité l'intervention chirurgicale et qu'on a extirpées ou détruites par un moyen quelconque, doivent la plupart du temps être tenues pour suspectes. En général, cet antécédent sera de nature à faire refuser le proposant. On exceptera ceux qui se sont fait opérer de lipomes, de kystes sébacés, de loupes, etc., en un mot de tumeurs bénignes. Et encore, en pareil cas, ne serait-il pas prudent de s'en remettre aux seules informations fournies par le proposant, parce que, malgré sa bonne foi, elles sont souvent insuffisantes pour porter un diagnostic rétrospectif. Aussi le médecin d'assurances fera bien, avant sa décision, de s'adresser au

médecin ou au chirurgien qui a fait l'opération. — Si, pour une raison ou pour une autre, il est obligé de s'en remettre à sa propre appréciation, il pèsera le pour et le contre, exposera clairement la question à la Compagnie et lui laissera la responsabilité du refus ou de l'acceptation.

3o Par leur siège seul, certaines tumeurs opérées constituent un antécédent qui doit faire refuser l'assurance. Telles sont, par exemple, les tumeurs de la langue, des lèvres, de la face, du sein, qui sont presque toujours de nature maligne et sujettes à récidiver. Nous ne citons que les principales. Sur d'autres points du corps, il y en a un grand nombre dans le même cas. — Néanmoins, malgré leur pronostic grave, on pourrait accepter le proposant si l'ablation de ces tumeurs remontait à une époque très éloignée et s'il n'en était point survenu d'autres depuis.

4° Certains organes, comme le testicule et l'ovaire, sont très sujets à devenir le siège de tumeurs. Admettons, — ce qui peut parfaitement arriver, — qu'un proposant, ayant subi pour ces tumeurs l'opération de la castration ou celle de l'ovariotomie, se présentât à l'assurance. Faudrait-il le refuser ou l'accepter, à

supposer qu'il fût, au moment de l'examen, dans des conditions de santé très satisfaisantes ? — Eh bien, comme on ne fait ces opérations que pour des tumeurs dangereuses qui compromettent sérieusement la santé ou menacent l'existence; comme la plupart de ces tumeurs sont susceptibles de récidiver, on devra conclure au refus, dans la plupart des cas. On n'en excepterait que ceux où l'opération, pratiquée 10, 15, 20 ans auparavant, n'aurait été suivie d'aucune rechute. Et encore serait-il prudent de n'admettre qu'avec beaucoup de réserve et après avoir obtenu un avis favorable du chirurgien. — Ici encore, le médecin exposerait ses doutes, ses craintes, ou ses espoirs à la Compagnie et lui laisserait la responsabilité de la décision (1).

(1) Nous pourrions nous étendre beaucoup plus longuement sur cette question des tumeurs qui est vaste et compliquée. Mais alors il faudrait entrer dans des détails si minutieux, passer en revue tant d'hypothèses probablement inutiles, que nous préférons nous borner aux points qui nous paraissent les plus importants. Du reste, nous aurons ultérieurement l'occasion de revenir sur ce sujet et de le compléter.

Section III. — Maladies constitutionnelles.

Parmi les antécédents pathologiques des proposants, il n'y en a pas de plus importants et de plus décisifs que ceux qui se rattachent aux maladies constitutionnelles. Ce sont eux qu'il faut s'attacher principalement à rechercher et à découvrir. Quel est l'ordre à suivre dans l'interrogatoire pour y arriver ? — Il n'y en a aucun auquel on soit obligé de s'astreindre. On se laissera guider, dans la plupart des cas, par les antécédents héréditaires, car ils mettent sur la voie des maladies qui menacent ou qui ont déjà frappé.

I. — ARTHRITISME

Prenons d'abord l'arthritisme, parce que ce sont ses nombreuses manifestations qu'on rencontre peut-être le plus fréquemment dans le passé des proposants. — Nous ne nous arrêterons pas à celles qui sont insignifiantes et n'ont aucune portée, ou n'en ont

qu'une insuffisante pour contre-indiquer l'assurance, telles que douleurs musculaires vagues, lombagos, torticolis passagers, migraines, névralgies, arthritides superficielles et fugaces, etc. On peut les négliger ou du moins ne les prendre en considération que si leurs atteintes se sont multipliées dans des proportions insolites et au point de porter une atteinte plus ou moins sérieuse à la santé générale. Leur pronostic rentre alors dans celui de l'arthritisme sans cesse en activité, qui menace à chaque instant les viscères, conduit aux cardiopathies, à l'emphysème, à l'asthme, à l'artério-sclérose, aux dyspepsies graves, et finit par imprégner si profondément l'organisme qu'il aboutit tôt ou tard à une cachexie irrémédiable. Mais ces modalités insolites et poussées jusqu'à un pareil degré sont peu fréquentes ; elles participent tout à la fois de la goutte et du rhumatisme, et il est rare que pendant leur longue durée, elles ne sortent pas de leurs formes vagues et erratiques pour se condenser en attaques précises de rhumatisme ou de goutte franchement articulaires.

§ I. — *Rhumatisme articulaire aigu*

C'est un de ces antécédents que le médecin doit étudier sous toutes ses faces, et connaître à fond, parce qu'il n'y en a peut-être aucun dont l'appréciation exacte soit plus délicate et plus importante dans la question des assurances sur la vie. Aussi est-il indispensable de traiter ce sujet avec quelques développements.

Cette grave affection est à peu près inconnue dans les premiers mois de la vie : elle est rare de 1 à 5 ans, ne se montre guère comme maladie courante qu'à partir de 20 ans, et n'acquiert son maximum de fréquence que de 30 à 40 ans. — Elle est encore assez commune de 40 à 55 ans ; mais, passé cet âge, elle décroît réellement dans des proportions très grandes. C'est alors qu'on observe principalement l'arthrorhumatisme chronique ou le rhumatisme subaigu.— Le rhumatisme peut sans doute se rencontrer dans la vieillesse, mais il y est excessivement rare.

L'influence du sexe sur la fréquence du rhumatisme articulaire aigu est nulle ou peu

accentuée, c'est-à-dire que, placés dans des conditions analogues, l'homme et la femme, les garçons et les filles, sont *également exposés* à cette affection (Ernest Besnier) (1).

D'après Fuller, l'hérédité du rhumatisme articulaire aigu ne serait démontrée d'une façon positive que dans un peu plus de 34 cas pour 100. Cette proportion est certainement trop faible, si l'on ne se borne pas à ne rechercher chez les ascendants que le rhumatisme articulaire lui-même, mais si l'on tient compte, comme on doit le faire, de toutes les manifestations arthritiques de la race. — Il faut ajouter encore, comme influence héréditaire certains états constitutionnels, la scrofule, entre autres, qui ne sont pas sans quelque affinité avec le rhumatisme articulaire aigu. — Ce sont là des subtilités étiologiques de peu d'importance ici et nous pouvons nous circonscrire dans l'arthritisme lui-même, sans chercher à côté.

Qu'il nous suffise de savoir qu'il y a des *rhumatismes innés* et des *rhumatismes acquis*. Ces derniers se créent de toutes pièces chez

(1) Voir dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, la remarquable monographie de M. le docteur Ernest Besnier sur le *Rhumatisme*.

les individus qui n'y sont pas héréditairement prédisposés. Ils sont produits par une série de causes extérieures qui, d'occasionnelles qu'elles sont d'ordinaire, deviennent déterminantes par leur intensité ou leur répétition, telles que l'impression du froid en première ligne, les fatigues corporelles, l'excès du mouvement, le surmenage des articulations, etc.

La distinction étiologique des rhumatismes articulaires en rhumatismes innés et rhumatismes acquis, est très importante au point de vue des assurances sur la vie, parce que leur pronostic n'est pas tout à fait identique. — La prédisposition créée chez l'individu par les circonstances extérieures, peut incontestablement devenir une vraie diathèse qui ne le quitte plus et se transmet même à sa descendance. Toutefois, le rhumatisant d'occasion est dans la plupart des cas moins imprégné d'arthritisme que le rhumatisant héréditaire et il peut plus aisément que lui échapper à de nouvelles atteintes. — Malheureusement, on n'a pu jusqu'ici traduire par des nombres précis ni la fréquence respective de ces deux variétés du rhumatisme articulaire aigu, ni la différence exacte de leur portée pathologique, c'est-à-dire de leurs

conséquences prochaines ou éloignées. Tout ce que nous pouvons dire, c'est que le rhumatisme héréditaire est plus commun que ne le laisseraient supposer des statistiques hospitalières incomplètes, et que le rhumatisme acquis est ordinairement d'un pronostic moins grave que le rhumatisme héréditaire.

La violence ou la bénignité d'une attaque de rhumatisme articulaire aigu, sa longue durée ou sa brièveté, son processus simple ou compliqué, etc., etc., en un mot, toutes les circonstances cliniques qu'il a présentées, doivent être recherchées, analysées et appréciées avec la plus scrupuleuse exactitude. Ce sont là des commémoratifs d'une haute valeur, parce qu'ils nous permettent, dans une certaine mesure, en les ajoutant aux notions fournies par l'âge, l'hérédité, les conditions étiologiques occasionnelles ou déterminantes, de constituer un ensemble d'informations précieuses pour le pronostic de cette grave modalité arthritique, chez tel ou tel proposant. Que de doutes néanmoins, que d'incertitudes dans ce pronostic, malgré tout le soin qu'on met à l'établir ! Combien de fois le médecin ne restera-t-il pas embarrassé, perplexe, hésitant entre le *oui* et le *non*

devant ce problème qui est le type de celui qu'on rencontre à chaque pas dans les maladies constitutionnelles ! — Etudions-en donc les données sous toutes leurs faces, avant de poser des conclusions.

Le rhumatisme articulaire aigu est surtout redoutable par ses déterminations sur le cœur. Cet organe est *toujours* atteint, à quelque degré, dans la très grande majorité des attaques, même les plus légères. Il est rare que nos moyens actuels d'investigation ne fassent percevoir aucune altération du côté de l'endocarde. Ce résultat négatif peut être considéré comme un fait exceptionnel. — L'étendue, la profondeur et la gravité de la *cardiopathie rhumatismale* sont généralement en rapport direct avec la violence et la longue durée de l'attaque. En pareil cas, il n'y a pas à craindre seulement pour le présent, mais peut-être encore plus pour l'avenir; car une cardiopathie a d'autant plus de chances de s'enraciner dans les séreuses de l'organe, d'y poursuivre son processus et d'y produire des lésions permanentes, qu'elle s'en est emparée plus complétement à une première atteinte. — Ajoutez que les recrudescences sourdes,

les récidives insidieuses, les retours offensifs plus ou moins latents, trouvent un terrain tout préparé, s'y donnent rendez-vous au moindre prétexte et y développent peu à peu la plénitude de leurs effets nuisibles. Aussi est-il rare que, même très longtemps après une attaque de rhumatisme articulaire aigu, très violent et généralisé, on ne découvre pas du côté du cœur des preuves incontestables de la détermination ancienne, soit sous forme de lésion accomplie et éteinte, soit sous forme de lésion encore en activité.

Dans les attaques de rhumatisme articulaire aigu, légères et incomplètes comme généralisation, les complications cardiaques sont presque aussi communes que dans les attaques graves. Le cœur et ses enveloppes sont presque constamment touchés; mais, alors, l'atteinte est superficielle, fugace, résolutive et se dissipe en même temps que la fluxion articulaire. Les traces de la cardiopathie s'effacent rapidement, ou, s'il en persiste quelques-unes, elles sont insignifiantes. — Cette règle cependant présente quelques exceptions, en particulier chez les enfants : on voit quelquefois de graves phlegmasies de l'endocarde et du péricarde, survenir chez des

sujets atteints de rhumatisme articulaire aigu, léger et circonscrit.

Dans les formes subaiguës et chroniques du rhumatisme, les cardiopathies sont moins fréquentes que dans les formes aiguës et rapides. Mais là encore cette proposition n'a rien d'absolu et trop souvent le processus s'étend jusqu'à l'endocarde et y dépose les germes d'une cardiopathie organique permanente et progressive.

Il ressort de ce qui précède que, chez tout proposant qui aura été atteint de rhumatisme articulaire, on devra soupçonner à priori l'existence d'une de ces complications cardiaques qui sont de nature à contre-indiquer l'assurance.

Presque toutes les séreuses viscérales peuvent être envahies en même temps que les séreuses articulaires sans que ce soit, à beaucoup près, avec la même fréquence que l'endocarde et le péricarde. Il y a des pleurésies, des méningites rhumatismales. Ce sont des complications souvent très dangereuses, surtout les secondes; mais elles ne dépassent pas la durée de l'attaque ; elles n'ont pas une portée lointaine comme les déterminations car-

diaques. Aussi le médecin, tout en les considérant comme un commémoratif des plus fâcheux chez les personnes qui ont survécu, aura-t-il moins à s'en préoccuper pour l'avenir (1). — Cependant il y aurait grandement à craindre qu'une attaque de rhumatisme s'étant déterminée sur le cerveau, les suivantes n'en fissent de même, à supposer qu'il s'en

(1) Les déterminations du rhumatisme articulaire aigu sur le cerveau et ses enveloppes se traduisent fréquemment par les symptômes d'une *méningite de la convexité* : céphalalgie, vomissements, délire, mouvements convulsifs, etc. La mort arrive presque toujours dans le coma. D'autres accidents cérébraux paraissent se rattacher à une élévation tout à fait anormale de la température qui atteint rapidement 42, 43 ou même 44 degrés : pouls petit et fréquent, délire et coma, mort; — aucune lésion apparente des centres nerveux. Dans ces rhumatismes hyperthermiques, la médication par les bains froids a donné de beaux succès.

Il y a des accidents cérébraux dans le rhumatisme articulaire aigu qui affectent une forme subaiguë et chronique, et méritent le nom de *folie*, de *manie*, de *lypémanie rhumatismale*. On ignore à quelle lésion cérébrale il faut les attribuer ; c'est sans doute l'écorce grise du cerveau qui est touchée. Les malades se rétablissent ou ils succombent à l'inanition et à l'épuisement nerveux. Dans quelques cas, la folie passe à l'état chronique et devient permanente. On a décrit aussi une *forme apoplectique* du rhumatisme cérébral qui doit provenir d'embolies cérébrales déterminées par la migration de caillots fibrineux cardiaques, ou de végétations de l'endocardite rhumatismale.

produisît. — L'éventualité de ces complications redoutables, auxquelles survivent si rarement les malades, contrebalance toutes les chances favorables et impose formellement le refus.

Parmi les conséquences du rhumatisme articulaire aigu il ne faut pas oublier l'*artériosclérose*. Chez un grand nombre de sujets atteints d'artérite chronique, on rencontre l'arthrorhumatisme aigu comme antécédent lointain. — En pareil cas, l'endartérite évolue avec lenteur, à la façon de certaines endocardites. Ces accidents ne sont pas immédiats ; ils s'élaborent pour ainsi dire dans l'ombre et ne se produisent que longtemps après la cause qui leur a donné naissance.

Un des caractères du rhumatisme articulaire aigu qui lui est commun avec toutes les manifestations des maladies constitutionnelles, c'est son aptitude à récidiver. La réapparition d'une ou de plusieurs attaques chez un sujet qui en a subi une première est une règle à peu près constante. Il y a des malades qui ont des crises plusieurs années de suite, souvent vers la même saison, et sous

l'influence de quelque cause occasionnelle périodique ; chez d'autres, elles sont parfois séparées par de longs intervalles. Ceux qui n'ont qu'une seule attaque sont de beaucoup les moins nombreux. — L'étude de ces *récidives* est d'une grande importance à tous les points de vue, mais principalement dans la question qui nous occupe. Il est à regretter que nous n'ayons sur ce sujet que des présomptions et pas de certitude. Nous ne connaissons pas encore la loi qui préside à la réapparition des nouvelles attaques. — Il est à supposer toutefois que dans le rhumatisme héréditaire les retours offensifs sous forme aiguë sont beaucoup plus fréquents que dans le rhumatisme accidentel ou acquis.

Il existe une forme de rhumatisme articulaire qui ne se produit jamais que sous l'influence de la même cause, c'est le *rhumatisme blennorrhagique*. Il est très spécial et même spécifique dans ses modalités nombreuses et variées. Son pronostic est sérieux, mais il est loin de présenter la même gravité que celui du rhumatisme articulaire aigu, parce que les viscères sont très rarement attaqués. L'affection se confine dans l'appareil locomo-

teur : articulations, tendons, bourses séreuses, gaines synoviales, aponévroses, muscles, périoste. Quelquefois le système nerveux est atteint, mais seulement dans ses nerfs périphériques, et jamais dans ses centres. Le cœur, les artères, les veines sont indemnes. — Là, on peut prédire la récidive à coup sûr. Elle se produit chaque fois qu'une nouvelle blennorrhagie est contractée. Les sujets, qu'une prédisposition fort singulière rend victimes d'une pareille complication, ne peuvent s'y soustraire qu'en évitant toutes les causes susceptibles de produire une irritation quelconque du côté de l'urèthre. — Chez quelques-uns, plus fortement imprégnés de cette diathèse que d'autres, les écoulements surviennent au moindre prétexte, et immédiatement après, ou en même temps, les articulations se prennent, de telle sorte qu'on se demande si, en pareil cas, le catarrhe uréthral n'est pas plutôt l'*effet* que la *cause* du rhumatisme. Quoiqu'il en soit, ce dernier mérite bien la qualification de *blennorrhagique* ou de *génital*, puisque son existence est exclusivement liée à certaines affections du canal de l'urèthre. Il y a des cas où ce rhumatisme atteint une gravité exceptionnelle et peut

causer des infirmités incurables et même entraîner la mort par le fait seul des arthropathies interminables et compliquées qu'il suscite dans les grandes jointures de la hanche et du genou. Nous en avons observé quelques exemples. — C'est donc là un antécédent que le médecin ne doit pas négliger, et nous lui conseillons de toujours demander aux proposants qui accusent une ou plusieurs blennorrhagies dans leur passé, si elles n'ont pas été compliquées de rhumatisme.

Nous pouvons maintenant tirer quelques préceptes pratiques des considérations générales qu'il nous a paru indispensable de présenter sur le rhumatisme articulaire aigu :

1° Une seule attaque de rhumatisme articulaire aigu n'implique pas le refus dans tous les cas. Supposons que le proposant, âgé de 35 ou 40 ans, l'ait subie 15 ou 20 ans auparavant, sous l'influence probable de causes occasionnelles auxquelles il était alors exposé, et en dehors de toute influence héréditaire : on pourra l'accepter, à la condition que cette attaque rhumatismale n'aura laissé après elle aucune lésion appréciable du cœur et des artères, et qu'il ne sera survenu, depuis, au

cune manifestation attestant l'existence d'une diathèse acquise. A la rigueur, l'acceptation serait encore possible dans le cas où l'attaque unique d'arthrorhumatisme aigu serait le résultat d'une prédisposition héréditaire ; mais il faudrait alors qu'elle remontât très loin dans le passé du proposant, et que, dans ce long intervalle, la santé eût été parfaite et le fût au moment de l'examen. Et encore, en pareille occurence, faudrait-il tenir compte de l'âge. Si le sujet, par exemple, n'avait que 25 ou 30 ans, et s'il avait eu dans son enfance un rhumatisme articulaire aigu, surtout avec chorée, il serait prudent de le refuser. S'il avait 45 ans et si son rhumatisme s'était produit à 20 ans, on pourrait l'accepter.

2° Chez les proposants qui n'ont eu qu'une seule attaque de rhumatisme articulaire aigu, sans aucun reliquat cardiopathique, il faut faire entrer en ligne de compte, non seulement la diathèse arthritique, mais encore les autres maladies constitutionnelles. On refuserait, par exemple, ceux qui seraient en même temps entachés de scrofule et de syphilis, bien que ces maladies ne fussent qu'à l'état virtuel ou guéries en apparence (1).

(1) Ainsi, nous avons refusé un proposant dans la force

3° Deux attaques de rhumatisme articulaire aigu, et à plus forte raison trois ou quatre, etc., contre-indiquent formellement l'assurance, alors même que le patient aurait eu la chance d'en sortir sans aucune cardiopathie et que sa santé serait intacte au moment de l'examen. — Nous ne ferions une exception que pour les proposants qui auraient 45, 50 ans et plus, et

de l'âge, vigoureusement constitué, d'une santé parfaite au moment de l'examen, sans aucune lésion organique, paraissant offrir toutes les garanties voulues, placé dans d'excellentes conditions hygiéniques, etc.; et nous l'avons refusé pour les raisons suivantes : 1° parce que son père, rhumatisant et névropathe, était mort à cinquante trois ans, et que sa mère avait été enlevée à vingt-cinq ans par la phtisie pulmonaire; 2° parce que sur leurs quatre enfants, il ne restait que le proposant et une sœur bien portante âgée de vingt-six ans. Les deux autres étaient morts, l'un en bas âge, d'une maladie ignorée, l'autre d'un rhumatisme cardiaque; 3° parce que le proposant avait eu à l'âge de vingt-trois ans une attaque violente de rhumatisme articulaire aigu, il est vrai qu'elle avait laissé le cœur intact; 4° parce que six ans avant l'examen il avait contracté une syphilis assez sévère qui avait nécessité un traitement de 3 ans 1/2. Il semblait parfaitement guéri de ces deux maladies et on s'étonna un peu de notre refus. Mais n'était-il pas amplement justifié par de pareils antécédents ? Peut-être ce proposant conservera-t-il pendant de nombreuses années la santé parfaite qu'il avait à l'époque de l'examen. Toutefois, il y a plus de probabilités pour qu'il subisse tôt ou tard de nouvelles atteintes, soit rhumatismales, soit syphilitiques, d'autant plus que ces deux maladies constitutionnelles, bien loin de se neutraliser, combinent souvent leurs effets et les rendent plus dangereux.

dont les attaques multiples de rhumatisme auraient eu lieu dans l'enfance ou l'adolescence, et encore faudrait-il qu'ils offrissent toutes les garanties possibles, comme santé, depuis l'époque des attaques, et comme intégrité organique et fonctionnelle du cœur et des vaisseaux.

4° Un proposant n'eût-il eu qu'une seule attaque de rhumatisme articulaire aigu, il faudra le refuser, pour peu que l'exploration du cœur fasse constater une lésion même légère des valvules ou des orifices. Cette lésion légère, qui n'aurait peut-être pas été à elle seule un motif suffisant de non-acceptation, le deviendra par le fait de son origine rhumatismale, diathésique ou acquise.

5° Tout proposant dont l'attaque unique de rhumatisme articulaire aura été compliquée d'accidents cérébraux aigus ou chroniques, sera refusé, à moins qu'il n'ait dépassé la période moyenne de la vie et que l'attaque rhumatismale ne se soit produite dans son enfance ou son adolescence, avec un intervalle de santé parfaite depuis cette époque.

6° Le rhumatisme blennorrhagique ne contre-indiquera que très exceptionnellement l'assurance, lorsqu'il n'existe chez les sujets qu'à

titre d'antécédent, et surtout lorsqu'il remonte très loin dans le passé pathologique. — Il serait un motif de refus chez les jeunes proposants qui en auraient subi plusieurs atteintes et qui seraient encore exposés à contracter la cause qui le produit, c'est-à-dire la blennorrhagie. Il faudrait aussi refuser les sujets chez lesquels le rhumatisme blennorrhagique aurait été précédé d'une ou de plusieurs atteintes même légères de rhumatisme non spécifique, surtout si ces manifestations rhumatismales étaient d'origine héréditaire.

§ II. — *Rhumatismes articulaires chroniques*

Le rhumatisme articulaire aigu n'est pas la seule manifestation de la diathèse rhumatismale sur les jointures. Il existe un groupe nombreux et complexe d'affections articulaires qui émanent de la même prédisposition générale et se localisent primitivement aussi dans les articulations ou dans les tissus qui les entourent. Ce sont les *rhumatismes chroniques*. Au point de vue des assurances sur la vie, leur place est un peu moins importante que celle de l'arthrorhumatisme aigu.

Mais il faut que le médecin sache ce que ces formes de rhumatisme ont chacune d'essentiel et de caractéristique, afin de pouvoir porter sur les proposants qui en ont été atteints un pronostic exact. Peut-être serait-il plus correct de dire sur ceux qui en *sont atteints*, car il est rare que les rhumatismes chroniques disparaissent complètement et n'existent chez les malades qu'à l'état de commémoratifs.

Entre les rhumatismes vraiment chroniques et le rhumatisme aigu, il y a comme intermédiaire le *rhumatisme subaigu*. Les conclusions que nous avons posées au sujet de la forme aiguë lui sont à peu près applicables. Cependant, son pronostic est un peu moins grave au point de vue constitutionnel. Le rhumatisme subaigu menace moins la vie des malades dans le présent et dans l'avenir, parce que les complications viscérales y sont moins communes et moins intenses en général ; mais, peut-être, les lésions locales ont-elles plus de tendances à persister et à devenir permanentes. Quoiqu'il y ait des exacerbations et des rémissions, la marche est plus nettement continue que celle du rhumatisme aigu. — S'il était bien établi qu'un propo-

sant n'a eu qu'une ou deux attaques de cette variété, et si son cœur et ses artères en étaient sortis intacts, on devrait l'accepter. — En somme, on pourra se montrer beaucoup moins sévère pour les antécédents de rhumatisme subaigu que pour ceux de rhumatisme aigu, tout en fondant son appréciation sur les mêmes bases.

Rhumatismes chroniques. — Les variétés qui constituent ce groupe présentent à peu près la même étiologie. L'influence héréditaire y est manifeste comme dans le rhumatisme aigu (1). Cependant les circonstan-

(1) Comme les questions d'hérédité sont toujours très importantes dans les assurances sur la vie, ajoutons ici quelques mots à ce que nous avons dit sur l'hérédité de l'arthritisme. — Dans les rhumatisants chroniques on observe souvent l'hérédité directe et conforme : ainsi le rhumatisant noueux, par exemple, transmettra exactement à ses enfants cette forme particulière. Mais le goutteux et le rhumatisant peuvent procréer indistinctement des rhumatisants et des goutteux, ce qui prouve bien que le rhumatisme et la goutte ont la même racine constitutionnelle. — Le rhumatisme articulaire aigu est fréquent chez les enfants issus de goutteux (Héberden). — Les enfants de rhumatisants deviennent souvent goutteux (Fuller). — La coefficience de la goutte dans le rhumatisme aigu se retrouve dans le rhumatisme chronique et constitue un rapport entre ces deux formes morbides (Guéneau de Mussy). — Sur 45 cas de rhumatisme noueux, M. Trastour a trouvé 10 fois le rhumatisme

ces extérieures et, par dessus toutes les autres, l'action permanente et prolongée du froid humide, prennent à leur production une part beaucoup plus directe et plus prépondérante. Aussi les pauvres sont-ils plus éprouvés que les riches par le rhumatisme chronique, ce qui est le contraire pour la goutte, avec laquelle certaines de ses formes ont la plus étroite analogie symptomatique. — Tandis que le rhumatisme aigu a sa plus grande fréquence de 20 à 40 ans, c'est de 40 à 60 ans qu'on observe principalement le rhumatisme chronique. — Les femmes y sont beaucoup plus sujettes que les hommes (8 rhumatismes déformants sur 100 femmes infirmes de la Salpêtrière, et à peine 1 ou 2 pour 100 chez les hommes dans les asiles de vieillards, d'après M. Charcot). Le même auteur affirme que la scrofule est un des états constitutionnels sur lesquels l'arthrite rhumatoïde se développe le plus fréquemment (1).

chez le père ou la mère, et 3 fois les femmes malades avaient des enfants déjà frappés de rhumatisme articulaire. — Une femme de la Salpêtrière, atteinte de rhumatisme noueux, avait une fille *et une petite fille* qui éprouvaient déjà des douleurs dans les jointures. (Charcot.)

(1) « Il n'est pas rare, dit M. Charcot, de voir les malades atteints des diverses formes de rhumatisme

Nous avons vu plusieurs fois la blennorrhagie devenir le point de départ des lésions du rhumatisme articulaire chronique, bien qu'elle donne lieu le plus souvent à un rhumatisme spécial qui a la forme subaiguë. Le même fait a été constaté par Garrod, Reynolds, Charcot, Lorain, etc.

Le groupe des rhumatismes chroniques comprend les variétés suivantes : Le *rhumatisme chronique simple*, le *rhumatisme chronique fibreux*, le *rhumatisme chronique osseux*. — Ce dernier qui est de beaucoup le plus important se compose de trois formes très rapprochées, quoique assez distinctes, sous le rapport des lésions : le *rhumatisme osseux multiarticulaire*, le *rhumatisme osseux partiel*, le *rhumatisme des petites phalanges*.

1° Le *rhumatisme articulaire chronique*

chronique porter au cou des cicatrices caractérisques. A la Salpêtrière, les femmes qui, par suite des difformités qu'occasionne le rhumatisme noueux, restent confinées au lit pendant plusieurs années, succombent habituellement à la tuberculisation du poumon. Sur 119 sujets atteints de rhumatisme noueux, Fuller en a compté 23, environ 1 sur 5, ayant eu un frère, une sœur ou un ascendant direct atteints de phtisie pulmonaire. »

simple (rhumatisme synovial, arthrosynovite sèche de Besnier), est ordinairement chronique d'emblée, insidieux dans son début, lent dans sa marche, multiarticulaire, avec ou sans exacerbations subaiguës, se bornant parfois à produire des craquements, des froissements, des claquements dans les articulations, ou bien des arthropathies plus sérieuses et plus longues, mais sans déformation, etc. Il est très rare que, dans cette variété, le cœur et le péricarde soient violemment envahis comme dans le rhumatisme articulaire aigu ; mais on observe quelquefois à sa suite des cardiopathies à marche lente, qui restent souvent indéfiniment latentes pour le malade et ne sont pas incompatibles avec la prolongation de sa vie. Cependant, le rhumatisme cardiaque chronique et même l'endartérite chronique, sous un mode plus sévère, peuvent dériver du rhumatisme chronique le plus léger, et le plus bénin en apparence. — Le médecin d'assurances doit savoir que la bénignité des arthropathies généralisées n'implique pas nécessairement l'absence de détermination sur le cœur, sur ses enveloppes et sur les artères.

Si le proposant n'a eu que les formes les

plus légères du rhumatisme chronique synovial, sans aucune trace de cardiopathie, on pourra toujours l'admettre. — S'il a eu les formes plus sévères, avec exacerbations subaiguës, on pourra encore l'admettre, à moins que les attaques n'aient été très répétées. — Pour peu qu'il y ait apparence de détermination cardiaque, on se montrera très réservé, à moins que l'affection ne remonte fort loin et n'ait été suivie d'une santé parfaite, offrant toutes les garanties d'un *statu quo* dans la lésion présumée plutôt que prouvée des valvules ou des orifices. Comme beaucoup de ces cas rentrent dans les manifestations bénignes de l'arthritisme, la plupart du temps, l'acceptation sera la règle.

2° *Rhumatisme chronique fibreux* (arthropériarthrite rhumatismale chronique). — Constituée par une inflammation chronique des tissus périarticulaires, ce rhumatisme peut arriver à produire des déformations des membres par rétraction, avec des ankyloses apparentes et des déplacements articulaires. On rapporte généralement ces lésions soit à la goutte, soit au véritable rhumatisme déformant. Elles sont quelquefois le résultat d'un

rhumatisme articulaire subaigu ou même d'un rhumatisme articulaire aigu. Cette pseudo-arthrite déformante, que l'on peut observer dans toutes les jointures, attaque surtout les petites articulations de la main, non pas dans leurs surfaces articulaires, mais dans les tissus fibreux qui les réunissent. Elle a été très bien décrite par M. Jaccoud. Elle tient tout à la fois du rhumatisme aigu et du rhumatisme chronique, et surtout de ce dernier, par sa permanence et son incurabilité. — Son pronostic est donc grave et exclut l'assurance dans la plupart des cas, à moins que les lésions ne soient à un degré très faible et sans aucune complication cardiaque ou vasculaire.

3° *Rhumatisme chronique osseux.* — Cette espèce de rhumatisme chronique, qui est la plus importante de toutes, comprend les formes symptomatiques variées d'arthropathies, qu'on rapportait autrefois à la goutte et qui en ont été définitivement séparées par les belles recherches de M. Charcot. Parmi ces nombreuses variétés du rhumatisme chronique osseux, M. Charcot a distingué trois types principaux. — Voici la description classique qu'il en a donnée :

1° *Rhumatisme noueux ou rhumatisme goutteux.* — « Cette forme est la plus grave ; elle entraîne des infirmités déplorables. Quoique se portant de préférence sur les petites jointures, elle envahit aussi les grandes ; souvent elle détermine des rétractions musculaires et d'autres accidents. On peut en distinguer deux espèces : tantôt *primitive,* tantôt *consécutive* à la forme aiguë, ce qui est rare, cette affection peut être *bénigne* ou *maligne.* Elle n'est pas toujours concentrée sur les jointures et peut s'accompagner d'affections viscérales qui sont tantôt semblables à celles du rhumatisme aigu et qui en procèdent quelquefois, et tantôt propres au rhumatisme chronique ; il faut ranger dans cette dernière catégorie *l'ophtalmie* et la *néphrite albumineuse.* »

2° *Rhumatisme articulaire chronique partiel.* — « Dans ce type, les jointures affectées sont en très petit nombre ; il n'y en a quelquefois qu'une seule. Les altérations articulaires sont les mêmes que dans le type précédent, mais avec beaucoup plus de gravité comme dans le *morbus coxæ senilis...* Au contraire, les affections viscérales ou abarticulaires sont ici peu fréquentes ; il en existe cependant quelquefois, et c'est surtout dans la forme bénigne de la maladie qu'elles se rencontrent ; on voit souvent chez quelques-uns de ces sujets certaines formes d'asthme et d'affections cutanées. »

3° *Rhumatisme d'Héberden.* — « Les nodosités d'Héberden *(digitorum nodi)* constituent le type le

moins grave de cette maladie. Dans les cas les plus ordinaires on ne rencontre ici que des nodosités des phalangettes, presque toujours indolentes, sans autres complications. La lésion articulaire peut coexister avec des douleurs musculaires ou des névralgies qui occupent tantôt le sciatique, tantôt le trifacial, tantôt d'autres troncs nerveux. Parmi les affections viscérales qui se rattachent à cette variété, se rangent tout spécialement l'asthme et la migraine. » — Les nodosités d'Héberden sont habituellement confondues avec la goutte.

Ce qu'il importe de savoir pour la question des assurances sur la vie, c'est que toutes les lésions viscérales du rhumatisme articulaire aigu peuvent se produire dans le rhumatisme chronique osseux. Toutefois, elles y sont plus rares et moins graves, surtout dans les cas où l'affection est chronique d'emblée et s'éloigne du mode aigu par la lenteur de son processus. Les localisations cardiaques dans le cours du rhumatisme chronique osseux présentent les mêmes caractères anatomiques et cliniques que dans le rhumatisme aigu. Elles ont, du reste, souvent pris leur origine dans des attaques aiguës antérieures. Quelquefois elles se résolvent complètement ou bien elles ne laissent que

des traces matérielles peu importantes. Dans la grande majorité des cas, elles sont beaucoup moins dangereuses que celle de l'arthro-rhumatisme aigu. Le rhumatisme cérébral peut survenir dans toutes les formes du rhumatisme chronique, et ses attaques offrent alors la plus grande analogie avec les encéphalopathies de la goutte. Ce sont des accidents cérébraux aigus et foudroyants. L'asthme simple ou avec emphysème pulmonaire, l'asthme cardiaque, l'angine de poitrine se rencontrent dans le rhumatisme chronique presque aussi communément que dans la goutte. La tuberculisation n'y est pas rare à la période cachectique. Les troubles dyspeptiques avec inappétence, acidités, pyrosis, pneumatoses, gastralgie, vomissements, diarrhées, constipation, etc., sont à peu près constants dans le rhumatisme chronique. On y trouve assez fréquemment aussi, dans les périodes avancées, la néphrite albumineuse ; mais les affections rénales y sont infiniment moins constantes, moins graves et moins nombreuses que dans la goutte.

Telles sont les principales localisations abarticulaires du rhumatisme chronique. Elles aggravent singulièrement le pronostic

général du rhumatisme osseux. Toutefois, elles ne compromettent pas ordinairement d'une manière directe les jours du malade. Il y a des personnes atteintes de rhumatisme chronique osseux qui, grâce à une hygiène convenable, peuvent vivre très longtemps.

Pour résumer ce qui précède, au point de vue qui nous occupe, nous poserons les conclusions suivantes :

1° Il y a dans le rhumatisme chronique osseux des cas *bénins* et *abortifs*, dans lesquels les lésions peuvent cesser d'être en évolution, s'arrêter au bout de quelques années, ne laissant à leur suite que des déformations peu prononcées. — Si la santé générale est et a toujours été bonne, si on ne constate aucune lésion cardiaque ou artérielle en activité, l'assurance pourra être acceptée.

2° Le processus morbide du rhumatisme chronique osseux a plus de chances de s'éteindre quand l'affection s'est montrée dans le jeune âge et avec une grande acuité dès le début. — Le pronostic est plus sévère lorsqu'elle survient dans l'âge mûr et lentement, surtout chez les femmes après *l'âge de la ménopause* (Trastour). — Le médecin d'assu-

rances tiendra grand compte de ces circonstances, mais surtout des déterminations viscérales.

3° Comme le rhumatisme chronique osseux est une maladie incurable, dans laquelle les guérisons complètes sont extrêmement rares; comme il rend les sujets *infirmes* et menace sans cesse l'intégrité organique et fonctionnelle des grands appareils de l'économie, on devra refuser l'assurance dans presque tous les cas.

4° On l'accordera quelquefois dans le rhumatisme articulaire chronique partiel, exempt d'altérations viscérales, dont les recrudescences aiguës ou subaiguës se sont apaisées et ont disparu. Cette affection, en effet, ne menace pas la vie ; elle est plutôt une infirmité qu'une maladie.

5° La forme d'Héberden (nodosités des phalangettes) est la moins grave de toutes les localisations du rhumatisme osseux. — Elle trouvera grâce devant l'assurance lorsqu'elle existera à l'état isolé chez des gens doués d'une santé parfaite. Mais on ne perdra pas de vue que, comme toutes les autres formes, elle est l'expression d'un état rhumatismal constitutionnel qui est permanent et expose à des complications viscérales.

§ III. — *Goutte*

La *goutte* est fort difficile à définir en quelques mots. Cette grande maladie, qui est essentiellement générale et constitutionnelle, embrasse un vaste champ pathologique et tient sous sa dépendance une multitude d'affections dissemblables. Presque toujours elle se transmet par hérédité dans certaines races imprégnées de la diathèse arthritique dont elle est, avec le rhumatisme, une des expressions les plus saillantes. Elle a pour origine organique une dyscrasie sanguine qui ne la constitue pas tout entière, mais est l'un de ses principaux facteurs. Les principales manifestations de cette dyscrasie consistent en un travail morbide local qui attaque spécialement les articulations et y détermine, au milieu de symptômes d'acuité variable, des incrustations d'urate de soude. Ces lésions locales ne restent pas constamment circonscrites dans les articulations, petites ou grandes ; elles sont susceptibles d'envahir aussi les principaux viscères et de produire alors ce groupe si important d'accidents multiples qu'on nomme la *goutte visce-*

rale. Il y a donc trois éléments à considérer dans la goutte : 1° une prédisposition générale que nous avons déjà étudiée et qui dépend de la race et de la constitution des malades ; 2° un état particulier du sang qui résulte d'un excès d'acide urique dans ce liquide (1) ; 3° enfin des dépôts nombreux d'urate de soude, localisés de préférence dans certains systèmes organiques, mais susceptibles de se disséminer dans tous les tissus, en y développant des troubles pathologiques variables.

(1) C'est en 1848 que Garrod fit paraître ses premières recherches qui prouvèrent indubitablement l'excès d'acide urique dans le sang des goutteux, soit une proportion de 4 à 10 centigrammes environ par litre. Le *procédé du fil* pour découvrir cet excès d'acide urique est devenu classique : on prend 4 à 8 grammes de sérosité de sang frais, obtenu à l'aide d'une ventouse scarifiée, ou bien la même quantité de sérosite provenant d'un vésicatoire ; on la place dans un verre de montre, on y ajoute quelques gouttes d'acide acétique afin de décomposer l'urate de soude, puis on plonge dans le liquide quelques fils de lin très tenus. Au bout de 24 ou 48 heures, lorsqu'on examine ces fils au microscope, on constate qu'ils sont couverts de petits cristaux d'acide urique. Ce procédé ne révèle pas les traces d'urate de soude qui existent à l'état normal dans le sang. Aussi, aucune autre maladie que la goutte ne donne lieu à la formation de cristaux d'acide urique sur les fils. La présence de l'urate de soude a été constatée dans les épanchements de la plèvre et du péricarde, dans le liquide des vésicules de l'eczéma, mais non dans la sueur des goutteux.

Depuis Sydenham qui a donné une description si célèbre de la goutte, on distingue dans cette maladie deux types principaux : la *goutte régulière* caractérisée par le retour plus ou moins périodique des fluxions articulaires, et la *goutte irrégulière* ou *remontée*, dans laquelle la localisation articulaire manque souvent et fait place à des symptômes imprévus et divers. Autour de ces deux divisions fondamentales s'en groupent beaucoup d'autres plus compliquées : goutte régulière, goutte atonique, goutte rétrocédée, goutte déplacée... Dans son grand ouvrage, Garrod, après avoir décrit successivement les formes aiguës et chroniques de la *goutte normale*, consacre un chapitre à l'histoire des *formes irrégulières* et de la *goutte viscérale*.

Quoique aiguë dans ses manifestations les plus habituelles, la goutte est toujours une maladie chronique qui embrasse un certain nombre d'années et même la totalité de la vie des malades. Voilà ce que le médecin d'assurances ne doit jamais perdre de vue. Dans son appréciation sur la santé des proposants qui ont eu des attaques de goutte, il se préoccupera principalement des déterminations qui

se sont effectuées ou qui pourraient s'effectuer sur les viscères. Il faut, par conséquent, qu'il en ait une connaissance complète.

Parmi ces déterminations viscérales, celles qui intéressent l'appareil urinaire sont les plus communes et les plus importantes. Sclérose atrophique du rein, dégénérescence kystique ou amyloïde, presque jamais de néphrite épithéliale vraie, surtout présence de concrétions uratiques et même d'acide urique, disséminées sous forme de cristaux et de tophus, gravelle enfin : telles sont les lésions principales et caractéristiques de ces déterminations. — Le rein goutteux présente le type spécial du petit rein contracté par la néphrite interstitielle.

Les cœurs de goutteux sont dilatés et stéatosés, avec des valvules sclérosées ou calcifiées, mais très exceptionnellement uratées. — Les altérations artérielles sont aussi extrêmement communes chez les goutteux et constituent l'endartérite plus ou moins généralisée, l'athérome vasculaire simplement calcifié et sans dépôt d'urate de soude. Les gros vaisseaux (aorte, carotide et sous-clavière), sont atteints de préférence par la dégénérescence, puis viennent les vaisseaux encéphaliques.

Ces lésions artérielles se rencontrent principalement chez les goutteux de vieille date et ne sont pas absolument spécifiques, car elles reconnaissent bien d'autres facteurs pathogéniques : vieillesse, alcoolisme, écarts de régime, syphilis, rhumatisme, intoxication saturnine, etc. On les a nommées avec raison la *rouille de la vie* (Péter). Le médecin n'oubliera pas qu'elles sont particulièrement communes et précoces dans certaines familles d'hérédité goutteuse et qu'elles constituent une des dégénérescences organiques qui portent la plus grave atteinte aux chances de longévité.

Dans les poumons, on voit prédominer chez les goutteux la bronchite, l'emphysème, les congestions multiples, la pneumonie catarrhale; dans le foie, l'hypérémie chronique, la stéatose, la sclérose ; dans l'estomac et l'intestin, l'inflammation de la muqueuse, les suffusions hémorrhagiques ; dans le névraxe, les tophus sur les membranes d'enveloppe des centres nerveux, et spécialement sur la dure-mère encéphalique et rachidienne qui est la moins vasculaire, etc.

La présence des tophus uratiques dans les articulations et dans les autres tissus et or-

ganes de l'économie, est considérée à bon droit comme le critérium absolu de la goutte. Mais à côté du goutteux franc, plus ou moins infiltré d'urates, il y a l'*arthritique* qui présente la même prédisposition à l'athérome et aux scléroses viscérales, qui, comme le goutteux franc, est fréquemment atteint de néphrite interstitielle, d'hypertrophie du cœur, d'hémorrhagie cérébrale, d'endartérite chronique, de gravelle et de lithiasie biliaire, etc.

Si on veut embrasser dans une vue d'ensemble très large la diathèse goutteuse, il faut franchir les limites que lui assigne une anatomie pathologique basée exclusivement sur l'excès d'acide urique dans le sang et l'infiltration uratique, et comprendre, à côté des goutteux classiques à tophus, d'autres goutteux ou arthritiques, beaucoup plus communs peut-être que les premiers, qui présentent un groupe de lésions viscérales fort analogues, mais chez lesquels on ne trouve point de concrétions uratiques.

Dans son interrogatoire sur le passé des goutteux, le médecin d'assurances cherchera à savoir si la goutte des proposants a de la

tendance à devenir chronique, et s'il s'est montré chez eux quelques-uns des symptômes de la cachexie goutteuse. Avant d'en venir là, l'affection parcourt différentes étapes dont il faut connaître la succession. Dans la grande majorité des cas, le processus de la goutte chronique débute par l'envahissement des jointures d'abord, puis par celui des tissus abarticulaires, et aboutit enfin aux pareuchymes. Parmi ceux-ci, les reins sont de beaucoup les premiers envahis et le plus profondément malades. C'est ensuite le cœur qui se prend à son tour, et après lui ou en même temps que lui, les artères, etc. Toutes ces lésions, en se combinant au fur et à mesure qu'elles se produisent, entraînent soit un état progressif de déchéance chronique aboutissant à la cachexie, soit des déterminations viscérales aiguës, parmi lesquelles l'urémie joue souvent un rôle prépondérant.

Il faudra que le médecin sache au juste sur quel degré de cette déchéance se trouve le goutteux. Mais ce qui fera l'objet principal de ses préoccupations au point de vue des risques, ce sera la *goutte irrégulière* ou *anormale*, la *goutte remontée*. Sa fréquence et la grande place qu'elle occupe dans les

assurances, sinon en France, du moins dans quelques pays voisins, et notamment en Angleterre, justifieront les développements exceptionnels que nous croyons devoir donner à son étude.

Goutte anormale et remontée. — On est loin d'être d'accord sur les faits eux-mêmes, qu'on a depuis longtemps attribués à la goutte viscérale, et sur l'interprétation qu'on en a donnée. C'est un des points de pathologie les plus obscurs et les plus controversés. Il faut se garder, en pareille matière, d'un scepticisme et d'une crédulité exagérés. On a toujours eu une grande tendance à mettre sur le compte de la goutte tous les troubles morbides qui surviennent chez les arthritiques. Sans doute on ne doit pas affirmer d'une manière absolue que les métastases goutteuses jouent le rôle capital que leur assignaient les anciens auteurs, mais il est incontestablement établi que les fluxions goutteuses, imprévues, soudaines, peuvent se déterminer sur les viscères profonds et créer en quelques heures un danger imminent pour les malades. Aujourd'hui, si on explique d'une façon simple et satisfaisante des phénomènes qu'on attribuait autrefois à des métastases mystérieuses, leur gravité n'en persiste pas moins. L'urémie, qu'on rencontre à chaque pas dans la goutte chronique, et dont l'histoire est toute moderne, a dissipé bien des obscurités pathogéniques. Les recherches anatomo-patholo-

giques ont permis de remonter à la source d'accidents incompréhensibles jusque là et d'en découvrir la cause organique. Est-ce une raison pour nier la goutte larvée, rétrocédée et remontée ? Non, car on voit encore quelquefois la disparition des phénomènes fluxionnaires du côté des jointures provoquer des complications viscérales subites et redoutables qui menacent immédiatement la vie des malades. Dans ces formes, la plupart des organes intérieurs peuvent être fonctionnellement atteints et chacun d'eux semble être appelé, suivant l'expression de M. Charcot, à souffrir à la place des articulations. Le siège de ces manifestations et l'intensité des troubles qu'elles produisent donnent la mesure de leur gravité. En pareille occurence, la crise de goutte articulaire est une éventualité favorable qu'il faut souhaiter et provoquer. Quand l'affection viscérale est antérieure à la goutte articulaire, c'est la *goutte larvée* ; lorsqu'elle succède aux accidents du côté des jointures, c'est la *goutte remontée*, soit spontanément, soit par l'intervention d'une cause extérieure.

1. *Déterminations de la goutte sur l'appareil circulatoire.* — Ce sont les plus fréquentes et très souvent les plus graves. Elles consistent en troubles fonctionnels ou en véritables lésions organiques. Les troubles fonctionnels sont de beaucoup les plus communs ; ils se produisent parfois de bonne heure au moment où la goutte a des allures fran-

chement aiguës; mais ils peuvent également se montrer d'une façon habituelle en dehors des accès. Un grand nombre de goutteux sont sujets à des battements de cœur, à des intermittences, avec un sentiment d'oppression et même d'anxiété précordiales souvent fort pénible. La plupart des palpitations qui se rencontrent chez les hommes jeunes, vigoureux, non anémiques ni tabagiques, relèvent du rhumatisme ou de la goutte. Mais il faut tenir compte aussi de l'influence très considérable qu'exerce sur le cœur l'appareil digestif. Les cardiopathies fonctionnelles des goutteux sont souvent d'origine gastro-hépatique. Peu importe, du reste, que ces troubles de l'innervation cardiaque soient directs ou indirectes. — Tant qu'ils ne s'accompagnent pas de lésions organiques du muscle cardiaque, des valvules, des coronaires et de l'aorte, ils ne sont pas très dangereux. Mais, parfois, il se produit des crises fort menaçantes d'asthme cardiaque avec syncope, suppression du pouls, refroidissement, congestion pulmonaire, etc. En général il y a alors des troubles rénaux, des désordres de l'estomac et du foie, de telle sorte qu'il est fort difficile de savoir quel est le point de départ des phénomènes et la part respective qu'y prennent tous ces viscères. Dans la goutte chronique, la stéatose du cœur, avec dilatation, est de règle à une période avancée de la maladie; c'est à elle qu'il faut attribuer la mort subite par syncope ou rupture qui est fréquente chez les goutteux.

L'hypertrophie du cœur accompagne presque toujours la néphrite goutteuse interstitielle. La rétrocession de la goutte au cœur est beaucoup plus rare qu'on ne le croyait autrefois ; d'après Stokes, elle serait même très exceptionnelle.

L'artério-sclérose goutteuse est très commune, et la lésion qu'elle produit le plus fréquemment, c'est l'aortite chronique avec ses conséquences dont la plus grave est l'angine de poitrine. Cette grave névrose coïncide souvent avec la goutte. Elle y survient dans des circonstances variables et comporte un pronostic très différent, suivant les cas. (1)

Il y a toute une catégorie de pseudo-angines de poitrine d'origine fonctionnelle, qui s'observent chez des malades jeunes encore, non athéromateux, ou chez des femmes nerveuses de race arthritique et goutteuse, et qui se traduisent par des crises de douleurs rétro-sternales, avec irradiations brachiales et cervicales, sensations d'angoisse et de plénitude cardiaques, dyspnée paroxystique, etc. Ce sont là les formes bénignes d'angine de poitrine, avec ou sans accès de goutte véritable. Tout se borne d'ordinaire, en pareil cas, à des malaises fonctionnels très pénibles, sous forme de paroxysmes plus ou moins répétés. La vie des malades est plus inquiétée que menacée sérieusement par de semblables accès.—Toutefois, nous pensons, qu'à moins de circonstances exception-

(1) Voir le très remarquable mémoire de M. le Dr Henri Huchard sur les *angines de poitrine*, et autres travaux du même auteur sur cette question.

nellement favorables, ils contre-indiquent toujours l'acceptation.

Dans l'angine de poitrine goutteuse, les formes graves sont moins fréquentes que les formes bénignes. Elles sont produites par une aortite plus ou moins généralisée, avec un rétrécissement des artères coronaires pouvant aller jusqu'à leur oblitération. L'ischémie cardiaque qui en résulte survient brusquement sous forme d'accès et entraîne des syncopes mortelles. La goutte, alors, n'agit pas directement et par rétrocession sur le cœur. Elle n'intervient qu'à titre d'influence pathogénique indirecte, provoquant la dégénérescence athéromateuse de l'aorte et des coronaires.

La goutte se localise aussi sur les veines ; elle y fait naître des varices et des phlébites ; mais ces lésions ont beaucoup moins d'importance et de gravité que l'artério-sclérose.

2. *Déterminations de la goutte sur l'appareil respiratoire.* — Les bronchites sont très fréquentes chez les goutteux et elles alternent souvent avec des crises de goutte articulaire. Mais c'est surtout l'asthme qu'on observe chez eux ; dans certaines circonstances, il devient même une manifestation très habituelle de la diathèse arthritique, sans toutefois alterner dans ses crises avec les attaques de goutte articulaire.

3. *Déterminations de la goutte sur le système ner-*

veux. — L'urémie y entre pour une part prépondérante, et les troubles fonctionnels d'origine rénale qui se produisent alors du côté du cerveau tuent sans déterminer de graves lésions encéphaliques. Ils ont pour point de départ une néphrite interstitielle qui peut rester latente pendant des mois et des années, et se révéler soudainement par une encéphalopathie brusque qu'on prend pour une goutte remontée à la tête.

L'artério-sclérose des artères cérébrales, si commune chez les goutteux, donne lieu à des attaques d'hémorrhagie cérébrale et d'hémorrhagies méningée. Dans la grande majorité des cas, les accidents cérébraux des goutteux sont préparés de longue main par une lésion rénale ou par l'athérome artériel.

Mais, indépendamment de ces cas, il y en a d'autres, plus directement goutteux, où des symptômes d'une congestion cérébrale, avec violent mal de tête, troubles de la vue, obnubilation cérébrale, tendance au vertige, au coma, etc., surviennent instantanément, en quelques heures, après la suppression brusque d'une fluxion articulaire.

Les formes cliniques de ces désordres encéphaliques sont très variées. L'apoplexie est leur plus haute expression. Le processus est aigu ou subaigu. — Quand il est subaigu, il ressemble beaucoup au début d'un ramollissement cérébral. L'aphasie constitue un symptôme très commun de l'encéphalopathie goutteuse ; elle est inter-

mittente avant de devenir continue, et s'accompagne souvent de convulsions épileptiformes partielles, plus rarement de paralysie. Ces faits ne prouvent-ils pas que la fluxion goutteuse sur l'encéphale se fixe sur l'écorce du cerveau, et provoque des troubles circulatoires, spécialement sur les circonvolutions situées au voisinage de l'insula et de la zone psychomotrice? — Dans les formes graves de l'encéphalopathie goutteuse, on observe tantôt l'apoplexie, tantôt le coma, tantôt l'aphasie, avec crises épileptiformes partielles.

Ces accidents subitement graves sont l'exception. La plupart des troubles cérébraux d'origine goutteuse se réduisent, dans la grande majorité des cas, à des symptômes qui sont plus incommodes que dangereux. Telles sont la *céphalée* alternant avec des attaques articulaires franches, les *vertiges* qui peuvent dépendre de la dyspepsie ou du mauvais état des artères cérébrales, la *migraine* surtout, si essentiellement arthritique, et qu'on voit si souvent précéder les accès articulaires, alterner avec eux ou d'autres manifestations goutteuses, asthme, fluxions hémorrhoïdaires, etc.

Les déterminations encéphalopathiques de la goutte présentent une analogie très grande dans toutes leurs formes avec celles du rhumatisme sur le cerveau. Qu'il nous suffise de les signaler pour montrer l'étroite parenté de ces deux grandes branches de la diathèse arthritique.

Quant aux déterminations de la goutte sur la

moëlle et ses enveloppes, elles sont discutables. Le fait le plus probant est celui qui a été rapporté par M. Ollivier. Il y a lieu de croire que les goutteux sont sujets à certains troubles fonctionnels d'origine évidemment spinale tels que : affaiblissement des membres inférieurs, douleurs lombaires vagues, diminution de la sensibilité, irritabilité et paresse vésicales, etc., susceptibles de guérir.

Les nerfs sont tributaires de la diathèse goutteuse au même titre que le cerveau et la moëlle. Ainsi les névralgies et en particulier la sciatique, la névralgie du trijumeau, la névralgie intercostale, sont très fréquentes chez les goutteux et s'y présentent avec une ténacité, une violence et une mobilité caractéristiques. Les crampes, les œdèmes localisés, sont des symptômes goutteux de peu d'importance. Nous avons parlé des affinités plus ou moins étroites de certaines grandes névroses avec la goutte ; il est inutile d'y revenir.

4° *Déterminations de la goutte sur l'appareil génito-urinaire.* — Elles sont les plus constantes et font presque partie de la symptomatologie habituelle, à une certaine période de la maladie. Chez tout proposant qui accusera dans son passé des antécédents de goutte, le médecin devra explorer les organes génito-urinaires avec autant de soin que s'il s'agissait pour eux d'une affection primitive et idiopathique ouvertement déclarée. C'est d'autant plus nécessaire que la néphrite interstitielle

uratique se prépare sourdement et court le risque de passer inaperçue. On la soupçonnera à certains troubles fonctionnels : polyurie, céphalées persistantes, douleurs lombaires, fatigues qui ne s'expliquent pas, troubles oculaires, etc. On trouve alors des urines extrêmement acides, chargées d'acide urique et précipitant un petit nuage d'albumine quand on les traite par l'acide nitrique.

La *gravelle urique* et la *pierre* sont une des manifestations les plus ordinaires de la goutte. Elles appartiennent à la même famille pathologique.

A cette diathèse se rattachent aussi : certaines hématuries rénales et vésicales, des irritations du col, de véritables cystites cervicales, avec plus ou moins de dysurie, des hypertrophies de la prostate, des catarrhes uréthraux profonds, des orchites, des scléroses des corps caverneux, etc.; chez la femme, des malaises utérins, des dysménorrhées, des érosions et des catarrhes herpétiques du col, des congestions utérines, des métrorrhagies, du prurit vulvaire, etc.

5° *Autres déterminations moins importantes de la goutte.* — Bornons-nous à mentionner, en première ligne, celles qui s'effectuent sur l'estomac ; elles sont si fréquentes qu'on a dit : la goutte est à l'estomac ce que le rhumatisme est au cœur. La *dyspepsie* habituelle avec pyrosis, éructations douloureuses, douleurs violentes et

crampoïdes à l'épigastre, irritabilité digestive extrême, angoisse précordiale, etc., sont souvent une manière d'être habituelle de la goutte et disparaissent quand se produisent de franches attaques de goutte articulaire. — La goutte remontée, avec prédominance gastrique, se traduit sous forme d'une indigestion grave avec prostration, algidité, facies cholériforme ; elle est beaucoup plus rare qu'on ne le croyait autrefois. — Il y a aussi des hypérémies intestinales, des entérites plus ou moins graves qui se rattachent à la goutte. — Du côté de la peau, cette diathèse produit des affections eczémateuses, des psoriasis, du lichen, du prurigo, de l'acné, des furoncles, des anthrax ; mais ces deux derniers dépendent plus souvent du diabète goutteux que de la goutte elle-même.— Du côté des yeux, on trouve, comme déterminations de la goutte, des poussées de conjonctivite catarrhale, la sclérite, l'iritis et l'irido-choroïdite qui sont les plus fréquentes et constituent la véritable ophtalmie des goutteux. — Du côté de l'oreille, notons les tophus goutteux qui se développent si fréquemment sur le bord libre de l'hélix et dans la rainure intermédiaire entre l'hélix et l'anthélix ; ils peuvent acquérir le volume d'un pois et même davantage et sont souvent d'un grand secours pour le diagnostic. —Il y a aussi des surdités goutteuses qui tiennent à un épaississement du tympan et à une otite scléreuse de la caisse, etc.

Les affinités morbides de la goutte comprennent les affections qui, sans émaner toujours d'elle directement, lui sont unies par des rapports, non pas seulement de simple coïncidence, mais d'étroite parenté. Tels sont le diabète, les rhumatismes goutteux, l'obésité, les lithiases urinaires et biliaires, la tuberculose qui, rare chez les goutteux, est fréquente dans leur descendance, les grandes névroses : hypocondrie, hystérie. folie, etc.

Etiologie de la goutte. — Elle fournit au médecin d'assurances des éléments d'appréciation trop précieux pour que nous n'en disions pas quelques mots. — La *géographie de la goutte* est assez bien connue en Europe : dans une première région qui comprend la zone méditerranéenne, le midi de la France, l'Espagne, l'Italie, la Turquie, la Grèce, les goutteux sont rares ; dans une seconde zone où se trouvent la France et les pays tempérés de l'Europe centrale, on en rencontre plus fréquemment, surtout à mesure qu'on se rapproche du nord ; dans une troisième zone plus septentrionale, il y a deux pays, l'Angleterre et la Hollande, où la goutte règne d'une façon endémique et intervient comme facteur très important dans la mortalité générale. En dehors de l'Europe, la répartition de la goutte est moins connue, mais ce qu'on en sait montre que l'affection est extrêmement rare dans les pays chauds. — La goutte est donc une affeetion des pays tempé-

rés. Il est à remarquer aussi qu'elle règne à peu près exclusivement parmi les habitants des villes et dans la population riche qui vit largement sous quelque latitude que ce soit.

Parmi les *races humaines,* l'Anglo-Saxonne paraît plus spécialement prédisposée à la goutte qu'aucune autre. Les races jaune et noire y échappent à peu près complètement. Cette différence tient aux conditions d'existence et de régime, beaucoup plus qu'à une propriété particulière à la race. C'est si vrai, que la maladie disparaît des pays où elle régnait autrefois épidémiquement ; ainsi, autant elle était commune dans la Rome antique des empereurs, autant elle est rare dans la Rome moderne, etc.

La goutte respecte presque toujours l'enfance, mais il y a des exceptions authentiques à ce fait général. Dans l'immense majorité des cas, c'est entre 30 et 40 ans que se manifestent les premiers accès goutteux. Patissier a donné comme âge moyen de la première attaque *34 ans pour la goutte héréditaire et 38 ans pour la goutte acquise.* Le développement de la goutte chez les vieillards est presque aussi rare que chez les enfants (1). Les femmes sont infiniment moins sujettes à la goutte articulaire que les hommes. Chez elles, la lithiase biliaire, la gravelle et les grandes névroses cons-

(1) On a vu des enfants de 7 à 17 ans et des vieillards de 70 à 78 ans atteints de goutte. La goutte tardive est presque toujours d'emblée torpide et aboutit rapidement à la cachexie.

tituent les modalités les plus communes de l'arthritisme. La puberté et la ménopause sont les deux époques où la goutte frappe les femmes de préférence.

Le trait le plus saillant de la complexion goutteuse est la corpulence qui se montre indépendamment de la taille. Sur 156 goutteux, 126 offriraient une disposition manifeste à l'embonpoint.

Les excès alimentaires, l'usage habituel d'une nourriture trop abondante sont des conditions étiologiques trop connues pour que nous y insistions. Non seulement elles favorisent l'éclosion de la goutte chez les sujets prédisposés, mais elles peuvent même la faire naître spontanément. C'est surtout l'abus de la nourriture azotée qui crée les conditions de l'uricémie. L'ingestion d'une grande quantité d'aliments joue aussi un rôle important dans son étiologie.

Le vin est très nuisible aux goutteux : en première ligne, le Porto et le Xérès ; puis viendraient le Bourgogne, le Champagne, et, en dernière ligne, les vins du Rhin et de la Moselle (Garrod). Il est à remarquer que, dans n'importe quel pays, les alcooliques ne deviennent goutteux, ce qui tient sans doute à ce que l'abus des alcools les rend dyspeptiques et les empêche de faire des excès alimentaires. La bière (la forte en particulier) est un facteur étiologique beaucoup plus puissant que le vin dans le développement de la goutte. En Hollande et en Angleterre, où on en consomme d'immenses quan-

tités, la goutte est infiniment plus commune que dans les contrées où l'on ne boit que du vin. L'exagération de la nourriture azotée prime encore, comme puissance étiologique, l'usage et l'abus du vin et de la bière. On a incriminé le cidre, mais à tort.

Le défaut d'exercice, les travaux intellectuels, les émotions morales, les saisons (printemps et automne) doivent figurer aussi dans l'étiologie permanente ou occasionnelle de la goutte. Garrod a le premier signalé un des côtés les plus curieux et les plus inattendus de l'étiologie de la goutte : l'influence que l'intoxication saturnine exerce sur le développement de cette diathèse. Il y a une *véritable goutte saturnine.*

Toutes les questions qui se rattachent à la goutte intéressent un si grand nombre de personnes, surtout dans la classe de celles qui contractent des assurances sur la vie, qu'on ne nous saura sans doute pas mauvais gré de les avoir traitées avec quelques développements, du moins dans ce qu'elles ont d'essentiel et de pratique. Cette esquisse sera suffisante pour édifier les proposants sur leur condition de goutteux, à supposer qu'ils le soient, et pour fournir au médecin d'assurances tous les éléments d'appréciation qui lui sont nécessaires. Avant de les condenser

sous forme de conclusion, nous tenons à reproduire le chapitre du *pronostic de la goutte* qui se trouve dans l'admirable traité de Garrod (1).

« *Pronostic de la goutte.* — Chaque fois qu'un accès de goutte aiguë régulière survient chez un individu qui jusque là s'était toujours bien porté, le pronostic immédiat est favorable, quelle que soit d'ailleurs l'intensité des symptômes. Je ne crois pas qu'on ait jamais observé un seul exemple d'une terminaison fatale survenue dans de telles conditions.

« D'après une idée très répandue jusqu'à ces derniers temps, on considérait les attaques de goutte comme une chose à désirer plutôt qu'à craindre ; on pensait qu'une attaque de goutte avait la vertu de guérir de tout autre mal et de débarrasser l'économie d'une maladie larvée quelconque. Je n'hésite point à affirmer qu'il n'en est pas ainsi, et je ne saurais trop m'élever contre le traitement que l'on suit quelquefois pour provoquer une attaque de goutte dans un but aussi chimérique. Je suppose du reste que peu de gens actuellement oseraient risquer un traite-

(1) *La goutte, sa nature, son traitement et le Rhumatisme goutteux*, par Alfred Baring Garrod, ouvrage traduit de l'anglais par Auguste Ollivier et annoté par J.-M. Charcot, p. 673, 681.

Lire aussi la monographie excellente et très complète du docteur H. Rendu dans le *Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales*, tome x.

ment sur une pareille hypothèse, et cependant on tombe encore quelquefois dans cet errement.

« La goutte a une tendance bien marquée à abréger la vie, et les Compagnies d'assurances, qui n'ignorent pas ce fait, n'ont pas tardé à en profiter et à élever le montant de la prime pour les personnes qui ont été atteintes de cette maladie. Il est difficile de se procurer, sur ce sujet, des statistiques positives, et les règlements des différentes Compagnies d'assurances, relatifs à l'augmentation de la prime, diffèrent les uns des autres.

« Dans une Compagnie, par exemple, je sais que l'on ne suit point de règle particulière pour les goutteux, et la prime additionnelle est fixée d'après l'examen comparatif des rapports du médecin du malade et du médecin de la Compagnie. Dans une autre Compagnie, on ajoute 2 pour 100 à la prime, quel que soit le degré auquel la goutte est parvenue, à moins qu'elle ne soit tellement avancée, que les soins médicaux n'aient plus aucune efficacité. Dans une troisième Compagnie, on ajoute, d'après le certificat du médecin de l'assurance, deux ou trois années à l'âge de l'assuré, et le montant de la prime se trouve ainsi fixé.

« Lorsqu'un malade a une fois éprouvé une attaque de goutte, il est exposé à la voir récidiver ; on peut, en prenant beaucoup de précautions et en s'entourant de soins, éloigner les accès jusqu'à obtenir des intervalles de rémission

de plusieurs années ; mais, sauf dans des conditions toutes particulières, on doit toujours s'attendre à un retour de la maladie.

« En parcourant les observations des cas que j'ai pu étudier moi-même, je ne trouve que peu d'exceptions à cette règle. Il y a souvent un intervalle de deux ans et plus entre la première et la seconde attaque ; mais bientôt cet intervalle se réduit à un an, puis à six mois, et ainsi de suite, à mesure que la maladie s'établit plus profondément dans l'organisme. Ces remarques s'appliquent aux goutteux qui ne prennent aucune mesure pour prévenir le retour des accès. Lorsqu'on observe les précautions nécessaires, que l'on se trace un plan de conduite et que l'on s'y tient, on peut faire suivre un cours tout autre à la maladie, même lorsqu'elle s'est déjà solidement implantée dans l'économie.

« Les goutteux arrivent souvent à un âge fort avancé, et quelquefois les attaques se montrent à la fin de leur vie moins intenses et moins fréquentes. J'ai vu un exemple de ce fait, il y a quelques années, chez un homme alors âgé de quatre-vingt-quatre ans, et qui souffrait de la goutte depuis cinquante ans. On ne remarquait point chez lui de dépôts tophacés, et sa santé générale, pendant toute sa vie, avait été remarquablement bonne. Pendant les six ans qui précédèrent l'époque où je le vis pour la première fois, les attaques étaient devenues moins fréquentes et avaient perdu de leur intensité. J'ai

rencontré quelques autres cas semblables, mais je suis très porté à croire qu'ils sont exceptionnels.

« Lorsque la goutte, après de nombreux retours, revêt le caractère chroniqne et asthénique, lorsque surtout il survient des déformations des jointures et que des concrétions superficielles apparaissent, on constate bientôt, en général, que l'excrétion de l'acide urique par les reins ne s'opère plus que très imparfaitement ; alors l'urine renferme souvent des traces d'albumine et en même temps le sang se charge d'urates. Le pronostic est beaucoup moins favorable dans les cas de ce genre ; car s'il est vrai que les malades, lorsqu'ils en sont arrivés là, peuvent vivre encore de longues années, pour peu qu'ils soient placés dans des conditions favorables, il faut reconnaître, d'un autre côté, que les affections intercurrentes et les accidents traumatiques acquièrent le plus souvent chez eux une gravité tout à fait insolite.

. . . .

« Dans les chapitres où j'ai traité de l'anatomie pathologique de la goutte, on trouvera d'autres exemples propres à montrer que la terminaison fatale peut survenir inopinément, chez les goutteux, sous l'influence d'accidents légers en apparence. Il est vraisemblable que l'état des reins doit être ici surtout incriminé ; ces organes qui, chez les sujets atteints de goutte chronique, ne fonctionnent déjà, dans les conditions ordi-

naires, que d'une manière imparfaite, deviennent tout à fait incapables, à un moment donné, de subvenir à un surcroit de travail.

« Les lésions les moins graves ont pour effet d'accroître d'une manière remarquable le mouvement de décomposition des tissus, et de rendre en conséquence plus active l'élimination des produits de désassimilation. C'est un fait dont je me suis assuré en examinant l'urine d'un malade auquel un large vésicatoire avait été appliqué. La proportion des matières solides de l'urine fut trouvée presque double de ce qu'elle était avant l'application de l'exutoire ; en même temps on constata que le poids du corps avait notablement diminué. Il est très probable que les lésions plus graves, et l'état fébrile, quelle qu'en soit d'ailleurs la cause, activent encore à un plus haut degré le mouvement de décomposition des tissus, et l'on comprend qu'en pareil cas l'intégrité du fonctionnement des reins soit nécessaire pour prévenir l'accumulation dans le sang des produits de désassimilation.

« Les accidents de la goutte rétrocédée se manifestent fréquemment chez les sujets atteints de goutte chronique, dont les reins fonctionnent mal, et l'on sait que ces accidents sont souvent fort graves, lorsque le cœur, l'estomac et le cerveau sont affectés. D'ailleurs, dans la goutte chronique, le sang reste chargé d'un excès d'acide urique, même dans l'intervalle des accès, et c'est là une cause permanente de dyspepsie ; or, le trou-

ble des fonctions digestives entrave la réparation des tissus. Ainsi prend naissance un état de l'organisme qu'on peut désigner sous le nom de *cachexie goutteuse*, et qui détermine souvent la formation de lésions organiques dans plusieurs organes importants.

« Il ressort clairement de tout ce qui a été dit précédemment, que l'examen de l'urine sera souvent d'un grand secours lorsqu'il s'agit d'établir le pronostic, dans certains cas de goutte ; cet examen permet en effet de reconnaître jusqu'à quel point les fonctions des reins sont lésées. Généralement il ne suffit pas de rechercher la présence ou l'absence de l'albumine dans l'urine ; on doit encore s'efforcer d'apprécier autant que possible la proportion des matériaux solides excrétés par les reins, en particulier celle de l'acide urique. Le taux de cet acide devra même, quelquefois, être déterminé avec précision.

« Comme conclusion à mes remarques à ce sujet, je dirai qu'à mon avis, une simple attaque de goutte, quelque légère qu'elle soit, devrait être regardée par le malade comme un avertissement sérieux qui l'invite à changer son genre de vie; il doit, ou bien modifier ses habitudes, ou bien s'attendre au retour d'un mal dont les récidives deviendront certainement, avec le temps, plus fréquentes et plus persistantes et auront pour effet d'abréger l'existence.

« D'un autre côté, je suis également persuadé qu'à l'aide d'un régime convenable et d'un trai-

tement approprié, le goutteux peut échapper en partie à cette alternative. Le mal, au lieu de croître en intensité, s'atténuera graduellement, et n'exigera plus à la fin que des précautions peu gênantes pour le malade. »

Parmi les proposants dont le passé pathologique présente des accidents de nature goutteuse, il y a lieu de distinguer plusieurs catégories. On les basera principalement sur les considérations suivantes : Diathèse héréditaire ou acquise, âge auquel elle s'est manifestée, caractère aigu ou subaigu, franc ou équivoque des accidents, leur siège, leur circonscription ou leur diffusion, leur rareté ou leur fréquence, l'état de la santé générale pendant les attaques ou dans leurs intervalles, l'absence ou l'existence des déterminations viscérales, le fonctionnement des reins et la composition des urines, l'état organique et le fonctionnement du cœur et des artères, des poumons, du cerveau, de l'appareil digestif, les affinités et les coïncidences pathologiques.

En tenant compte de ces circonstances, en les analysant avec soin, on pourra calculer les résultats probables qu'elles sont susceptibles de donner, seules ou réunies.

Les conclusions suivantes permettront au médecin d'assurances de se guider dans cette question délicate et complexe (1).

1° Lorsqu'un proposant déclarera qu'il a eu une ou plusieurs attaques de goutte articulaire franche, aiguë, régulière, localisée dans les articulations des pieds, et sans aucun trouble fonctionnel du côté des principaux viscères, on ne jugera point *à priori*, que de pareils antécédents soient de nature à faire refuser l'assurance ; au contraire, on inclinera plutôt pour l'acceptation.

2° L'acceptation, en pareil cas, sera de règle, si le proposant est d'une santé parfaite au moment de l'examen, s'il s'est toujours bien porté entre des attaques, et si ces attaques ont été peu nombreuses et séparées l'une de l'autre par de longs intervalles. — L'absence de tout antécédent héréditaire goutteux, la connaissance des causes qui ont produit cette goutte acquise, le ferme dessein de s'y soustraire, les habitudes prises d'une bonne hygiène, l'intervalle de plus en plus grand dans le retour des attaques, leur

(1) Le lecteur ne perdra pas de vue que ces conclusions comprennent uniquement les sujets dont la santé, au moment de l'examen est irréprochable ou du moins ne contre-indique pas l'assurance.

brièveté, sont autant de circonstances favorables à l'acceptation.

3° Les conditions opposées feront pencher pour le refus, sans l'imposer formellement. La goutte héréditaire, en effet, toutes choses égales d'ailleurs, est plus tenace et plus grave que la goutte acquise, moins susceptible d'être améliorée et surtout guérie par une hygiène appropriée. — A nombre égal, les attaques rapprochées sont plus à craindre que les attaques séparées par de longues périodes d'accalmie. — Enfin les attaques courtes, fussent-elles beaucoup plus violentes et plus douloureuses que les attaques longues, ce qui arrive ordinairement, sont cependant d'un pronostic plus favorable.

4° Le refus, dans ces cas là, sera de règle si toute la famille du proposant, ascendants, collatéraux, descendants, est fortement imprégnée de la diathèse goutteuse, et si les attaques de goutte articulaire, ayant débuté à une époque peu éloignée de l'examen, sont devenues de plus en plus rapprochées et plus longues, en dépit du traitement, ou parce que le proposant n'a point voulu s'astreindre au régime propre à les conjurer ou à les éloigner.

5° Lorsqu'un proposant déclarera qu'il est sujet à des migraines, à des dyspepsies, à des névralgies et autres souffrances passagères et superficielles, dont la nature goutteuse lui est démontrée par ses antécédents héréditaires et par quelques vagues attaques de douleurs articulaires, on l'acceptera, mais à la condition que tous ses organes soient intacts, ses urines normales et que les troubles fonctionnels d'origine arthritique n'émanent ni du cerveau ni du cœur.

6° Dans cette variété de goutteux à symptômes névropathiques et articulaires vagues et disséminés un peu partout, il faut étudier scrupuleusement chacune des manifestations, afin de savoir ce qu'elles ont été et ce qu'elles sont susceptibles de devenir, quelles sont leurs chances de rester bénignes ou de se transformer en goutte irrégulière, etc. — Si ces manifestations durent depuis longtemps, sans que leurs crises se rapprochent et s'aggravent, si elles ne troublent que momentanément la santé et n'ont pour cause aucune lésion permanente, c'est-à-dire si elles sont d'ordre hypérémique et névropathique, elles ne constitueront point un motif suffisant de refus.

7° Il serait prudent néanmoins de faire une exception pour les migraines graves, répétées, qui perturbent profondément pendant leurs attaques le fonctionnement du cerveau, pour les dyspepsies cardialgiques violentes, accompagnées d'angoisse précordiale, pour les palpitations avec dyspnée, anxiété respiratoire, et surtout irradiations névralgiformes à la base du cou et le long du bras gauche.

8° On refusera tout proposant de race goutteuse qui aurait eu autrefois, à une époque plus ou moins éloignée, et surtout récemment, quelques crises d'un syndrome cardio-pulmonaire, avec ou sans dyspepsie, suggérant l'idée d'une attaque d'angine de poitrine. — On le refusera, quand même on ne découvrirait ni du côté du cœur, ni du côté des artères, aucune lésion organique capable de l'expliquer.

9° Lorsque parmi les antécédents de goutteux susceptibles d'être acceptés à cause de la bénignité et de la rareté de leurs manifestations purement goutteuses, on trouvera de la gravelle et des attaques de coliques néphrétiques, on inclinera *a priori* plutôt pour le refus que pour l'acceptation.

10° Les seuls cas où, à la rigueur, on

pourrait se prononcer pour l'admission, sont ceux dans lesquels, chez un goutteux à attaques articulaires très franches et peu fréquentes, doué du reste d'une santé parfaite et qui paraît devoir rester telle, la colique néphrétique n'a été qu'un épisode isolé, sans complications, sans suites fâcheuses, dont un traitement approprié et le changement de régime semblent avoir fait justice depuis longtemps.

11° Les proposants à antécédents goutteux, avec prédominance d'une détermination rénale, sous forme de gravelle urique, accompagnée on non de coliques néphrétiques, devront être refusés dans la majorité des cas. Il y a cependant des sujets de cette catégorie qui peuvent vivre très longtemps sans que leur état s'aggrave. — Le médecin d'assurances, dans les cas les plus bénins et où il y a lieu d'hésiter, formulera nettement les raisons pour et les raisons contre l'acceptation, et laissera à la Compagnie la responsabilité de la décision.

12° Les proposants qui auront eu du diabète parmi les antécédents d'une goutte très légère, seront toujours refusés ou ajournés, alors même que leurs urines, au moment

de l'examen, ne contiendraient pas un atome de sucre et qu'ils se diraient guéris depuis longtemps de leur glycosurie.

13° Les proposants très obèses, mais sans l'être au point d'être refusés pour le fait seul de l'embonpoint exagéré, ne seront pas admis s'ils ont des antécédents goutteux, et surtout si ces-antécédents sont ceux d'une goutte vague, larvée, erratique, avec déterminations fonctionnelles, même peu accusées et passagères, sur les appareils cardio-pulmonaire et hépato-gastrique.

14° Seront refusés également, dans la plupart des cas, ou du moins remis par le médecin d'assurances à la décision de la Compagnie, avec un historique complet de leur passé pathologique, les proposants acceptables malgré leurs antécédents goutteux, mais qui ont eu quelques attaques d'asthme, qui sont sujets aux bronchites répétées et qui ont eu autrefois une ou deux crises de coliques hépatiques.

15° Le médecin d'assurances ne déclinera la responsabilité de la décision que dans les cas de cette espèce, où la balance est vraiment égale des deux côtés, ou à peu près, et dans lesquels des questions d'ordre purement

administratif, qu'il n'a pas à juger, peuvent la faire pencher d'un côté ou de l'autre.

II. — SCROFULO-TUBERCULOSE

Cette grande maladie constitutionnelle, presque aussi vaste que l'arthritisme, se présente avec des caractères plus nets, plus tranchés, plus fixes et moins protéiformes. Aussi, n'aurons-nous pas besoin de la poursuivre minutieusement dans toutes ses modalités symptomatiques, comme nous avons été obligé de le faire pour les principales et les plus graves manifestations de la diathèse arthritique.

Nous réunissons ici, ainsi que nous l'avons fait dans l'étiologie, la *scrofulose* et la *tuberculose*, parce qu'il paraît établi aujourd'hui qu'aucune différence de constitution ou de processus entre les lésions scrofuleuses et les lésions tuberculeuses ne permet de conclure à l'existence distincte de deux diathèses. Le néoplasme tuberculeux et le néoplasme scrofuleux sont une seule et même chose. Ce qu'on voit chez le scrofuleux aussi bien

que chez le phtisique, c'est toujours le tubercule.

Cependant, malgré les affinités si étroites qui unissent et confondent presque la scrofulose et la tuberculose, la première peut rester indépendante de la seconde et n'en pas subir les atteintes, de même que la seconde, sous forme de phtisie, atteint des sujets qui, à aucun moment de leur existence, n'ont présenté les attributs et les manifestations morbides de la scrofulose pure. — L'agent tuberculeux qui est une bacille (bacille de Koch) attaque tout le monde, mais il y a fort heureusement beaucoup d'organismes sur lesquels il n'a aucune prise.

D'autres, au contraire, semblent ne lui opposer qu'une faible résistance dont il vient facilement à bout, pour peu que les circonstances s'y prêtent. Il y a des milieux pathologiques qui sont plus ou moins propres à favoriser l'envahissement de l'économie par l'agent infectieux de la tuberculose. Or, la scrofulose est le milieu, ou la disposition pathologique qui réalise au plus haut degré ces conditions. C'est le terrain qu'affectionne le tubercule, parce qu'il ne lui est presque jamais réfractaire ; c'est là qu'il s'installe et

prospère, qu'il se reproduit et se généralise le mieux. — Mais qu'on ne perde pas de vue que, outre les phtisies scrofuleuses, il y a des phtisies arthritiques, diabétiques, et même d'autres, auxquelles on pourrait donner pour épithète tel ou tel état morbide général qui a déterminé leur apparition.

« Il n'y a pas, a dit avec beaucoup de raison et d'autorité M. Landouzy (conférences cliniques de la Charité, Septembre 1881), *des* tuberculoses, mais des manières pour les scrofuleux, les arthritiques, les alcooliques, les scléreux, les diabétiques, de se *comporter*, de se *défendre* ou de *succomber* vis-à-vis du tubercule. La tuberculose, toujours une dans les lésions primordiales, n'a d'expressions cliniques diverses qu'autant qu'elle s'adresse à des sujets d'âges, de constitutions ou de tempéraments différents, faisant chacun sa phtisie à soi, complètement distincte de la phtisie du voisin. Que de différences entre la tuberculose si souvent aiguë et diffuse de l'enfant et la tuberculose chronique, spécialement pulmonaire de l'adulte ! Que de différences encore plus grandes entre les phtisies caséiformes des strumeux et les phtisies fibroïdes de ces scléreux (arthritiques, alcooliques, saturnins) qui, imprégnés d'une sorte de diathèse scléreuse, *font tout à la sclérose*, qui, pour être assaillis par la tuberculose, n'en restent pas moins scléreux, et dont l'organisme

semble ne pouvoir répondre que par des inflammations du mode subaigu ou chronique aux sommations des agents morbides ! Cela est si vrai, qu'étant donnés l'âge, la constitution et le tempérament d'un individu, tout médecin exercé pourra pressentir ce que *donnera* chez lui la tuberculose. « Dis-moi qui tu es, je te dirai quel tuberculeux tu feras. » Voilà le problème qu'au nom des notions contemporaines de pathologie générale nous devons nous poser, en face de chacun de nos malades, et cela pour le plus grand éclaircissement de cette question si ardue du pronostic de la tuberculose. »

Dans la diathèse scrofulo-tuberculeuse, la prédisposition à la phtisie pulmonaire, atteint le maximum de sa puissance. Et cependant tous les scrofuleux, il s'en faut de beaucoup, ne deviennent pas phtisiques ; chez eux cependant l'invasion du poumon est toujours plus ou moins imminente. — C'est une menace dont les chances de réalisation varient beaucoup suivant les individus, et qu'il est dans un grand nombre de cas fort difficile de calculer d'une façon même approximative.

Le tubercule n'attaque pas que le poumon chez les scrofuleux.

Dans les formes de scrofules, toutes graves à des degrés divers, qui sont constituées par les

écrouelles ou des adénopathies strumeuses, par les *gommes strumeuses* du tissu cellulaire sous-cutané, par les *lupus*, par les caries osseuses dont le *mal de Pott* est l'expression la plus grave, etc., les déterminations multiples sont autant de *phtisies locales*, où la scrofule n'intervient qu'à titre de prédisposition.

Les considérations générales qui précèdent ne sont pas inutiles. Elles nous permettent de démêler les divers éléments constitutifs de la diathèse scrofulo-tuberculeuse, de déterminer la nature de chacun d'eux et de mesurer leur portée pathologique, en un mot de poser sur des bases solides le pronostic de la diathèse dans son ensemble.

A ce point de vue on peut établir trois degrés dans la maladie constitutionnelle :

Le premier degré comprend les *scrofules bénignes ;* le deuxième, les *scrofules graves ;* le troisième, les *scrofules malignes*.

Les *scrofules bénignes*, sont constituées par toutes les manifestations dans lesquelles n'entre aucun élément tuberculeux. Elles ont pour siège à peu près exclusif la peau et les muqueuses. Ce sont les scrofulides érythémateuses boutonneuses, acnéiques, exsudatives, etc. Ces derniè-

res, qui sont les plus communes de toutes, donnent lieu, sur le cuir chevelu, à ce qu'on appelle vulgairement les *gourmes*. Il y a aussi des conjonctivites tenaces, des catarrhes du nez avec érosions des narines, etc. Les ganglions des surfaces cutanées et muqueuses sur lesquelles se développent ces éruptions, sont généralement tuméfiés, et s'enflamment parfois sous un mode aigu ou subaigu, suppurent et se cicatrisent plus ou moins vite, sans subir la dégénérescence caséeuse, etc. — Qu'on ajoute à ces lésions qui sont superficielles, mais ont une grande tendance à durer et à se reproduire quand elles ont disparu, les caractères physiques plus ou moins prononcés qu'il est de tradition d'attribuer aux scrofuleux, et on aura un type morbide très fréquent, qui se retrouve avec ses principaux traits dans le passé pathologique d'un grand nombre d'individus. De pareilles manifestations guérissent habituellement sans laisser aucune trace, à moins que les adénopathies symptomatiques ne soient devenues de véritables *écrouelles*, ce qui arrive très fréquemment. Il reste alors sur le cou, au-dessous de la machoire inférieure, des cicatrices indélébiles et qui sont véritablement révélatrices. Ce groupe d'accidents s'observe surtout dans cette période de la vie qui comprend la seconde enfance et l'adolescence. Le développement organique, quand il s'effectue dans de bonnes conditions hygiéniques, les fait disparaître souvent pour toujours. On rencontre beaucoup de personnes

qui, depuis leur jeune âge, ont toujours eu une santé parfaite, bien que pendant leurs premières années elles aient été plus ou moins éprouvées et stigmatisées par la scrofule. — S'il s'en trouvait de semblables parmi les proposants, on ne ferait aucune difficulté pour les admettre, alors même qu'elles auraient eu de véritables écrouelles. — L'acceptation sera donc presque toujours la règle.

II. *Les scrofules graves* se développent d'ordinaire à une période plus avancée de la vie. Elles embrassent un champ pathologique beaucoup plus vaste que les scrofules bénignes, et leurs produits morbides qui sont des tubercules ont de la tendance à attaquer les organes profonds, les viscères, les os, au lieu de se localiser simplement dans le système ganglionnaire. Là encore, on retrouve, mais avec beaucoup plus de fréquence, et surtout d'ubiquité, la dégénérescence caséeuse des ganglions. Outre les écrouelles du cou, il se développe des adénopathies dans les médiastins et dans l'abdomen, qui sont autant de tumeurs scrofuleuses profondes, pleines de dangers par elles-mêmes et par les compressions qu'elles exercent sur les organes contenus dans les cavités splanchniques.

Mais ce ne sont pas encore là les déterminations les plus redoutables. Il y a des santés qui finissent par sortir indemnes de ces accidents scrofuleux et qui guérissent pour longtemps,

pour toujours même, bien qu'elles aient été sévèrement éprouvées dans l'adolescence ou plus tard par ces graves manifestations.

Faudrait-il accepter de pareils sujets ? Le refus ne s'impose-t-il pas quand on voit chez un proposant tout le cou, toutes les régions sous-maxillaires et inguinales labourées de cicatrices strumeuses ? — Oui, dans la plupart des cas. Et cependant l'admission est encore possible.

Là où elle ne l'est plus, c'est quand les os ont été attaqués par la carie, quand les viscères ont été envahis par la scrofulo-tuberculose. — On devra toujours exclure les proposants qui ont eu des abcès ossifluents, des gommes strumeuses sous-cutanées, le mal de Pott surtout, le sacorcèle tuberculeux, etc.

Nous ne parlons pas de la phtisie scrofuleuse, parce qu'elle appartient à cet ordre de déterminations qui ne guérissent pas et qu'on retrouve dans l'examen des proposants au moment où ils se présentent.

La scrofule attaque de préférence les sujets jeunes ; mais elle se déclare aussi parfois dans un âge avancé, et alors elle se révèle sous les formes les plus redoutables, tumeurs blanches, lupus, scrofulides phlegmoneuses, gommes strumeuses, etc. Il faut toujours se défier de ses coups et c'est pour cela que le refus est la règle dans l'immense majorité des cas qui appartiennent à cette catégorie de scrofuleux.

Les *scrofules malignes* l'imposent encore plus impérieusement. La malignité dans la diathèse scrofulo-tuberculeuse se traduit par la tendance irrésistible du produit morbide à phagédéniser les tissus. Les différentes variétés du *lupus* dont quelques-unes produisent des délabrements si épouvantables, sont l'expression la plus habituelle et la plus complète de cette malignité. — Guéris ou non guéris, les proposants qui ont été défigurés ne se présentent point à l'assurance. Dans la scrofule maligne on peut faire entrer aussi les déterminations sur les méninges, c'est à dire la méningite tuberculeuse, etc., etc.

Les conclusions à tirer de ce qui précède sont les suivantes :

1° Il y a des sujets chez lesquels la diathèse scrofuleuse a été superficielle, bénigne et semble s'être éteinte dans leur enfance, pour ne plus se reproduire. — Ces sujets-là seront toujours acceptés.

2° Parmi eux, quelques-uns plus éprouvés ont eu de véritables écrouelles à cicatrices indélébiles. — Ces stigmates d'une diathèse depuis longtemps guérie ne feront point refuser l'assurance.

3° Lorsque les antécédents scrofuleux, au lieu de remonter à l'enfance et d'y être restés confinés, sont survenus ou se sont reproduits

à la fin de l'adolescence ou dans l'âge mûr, la diathèse a plus de gravité. — Néanmoins les cas les plus légers parmi ceux qu'elle comprend, peuvent quelquefois être acceptés, pourvu cependant que les déterminations superficielles se soient effectuées seulement sur la peau et les ganglions sous-cutanés.

4° Mais on exclura tous les proposants qui ont eu des adénopathies profondes, des caries, des tumeurs blanches et surtout le mal de Pott. On les exclura alors même que leur bonne santé, depuis la guérison de ces accidents, semblerait devoir donner des garanties suffisantes.

5° On refusera ceux qui ont eu des manifestations sévères et multiples de la scrofulo-tuberculose généralisée, ou qui en ont éprouvé, d'un côté ou d'un autre, des attaques réitirées qui indiquent que la diathèse est probablement encore en activité et n'a pas dit son dernier mot.

III. — SYPHILIS

L'existence de cette grande maladie constitutionnelle, dans le passé des personnes qui

désirent s'assurer, en empêche peut être un grand nombre de subir l'examen médical. (1)

(1) Parmi les postulants, beaucoup ont eu des *maladies vénériennes*. Ils l'avouent spontanément ou quand on les interroge à ce sujet.

La plupart du temps, ce sont des *blennorrhagies*. A moins de complications graves et persistantes, ces dernières affections n'empêchent pas d'accepter ceux qui en ont eu une ou plusieurs atteintes.

On en peut dire autant, et avec plus de raison, du *chancre simple*, qui est et reste purement local, n'infecte point l'organisme et ne laisse après lui aucun état morbide général.

C'est donc sur le *chancre infectant* et sur la *syphilis* que le médecin devra insister, quand un sujet lui dira qu'il a eu des *antécédents vénériens*.

Beaucoup restent dans le vague au sujet de leurs chancres, soit parce qu'ils en ignorent, soit parce qu'ils n'en veulent pas révéler la nature.

D'après leurs réponses, on est très souvent embarrassé pour décider *s'ils ont eu ou n'ont pas eu la syphilis*.

Il faut serrer de près l'interrogatoire et poser une série de questions précises dont les principales sont les suivantes :

1° Y a-t-il eu une longue *incubation*, c'est-à-dire un long intervalle de quatre ou cinq semaines, entre la contamination et l'apparition du chancre ? — Si oui, ce chancre était syphilitique.

2° Le chancre reposait-il sur une base dure et circonscrite ? A-t-il peu suppuré ? S'est-il guéri en quelques semaines, presque spontanément ? Etait-il accompagné d'une tuméfaction dure, à peu près indolente, des ganglions de la région inguinale ? — Si oui, c'était selon toute probabilité, un chancre syphilitique.

3° Siégeait-il ailleurs qu'aux organes génitaux

Ceux qui sont de bonne foi et veulent remplir les engagements du contrat, hésitent ou recu-

et loin d'eux ? — Si oui, c'était certainement un chancre syphilitique, etc., etc.

Le diagnostic du chancre simple et du chancre syphilitique est trop connu pour que nous y insistions. Quelquefois il est fort difficile lorsqu'on a les lésions sous les yeux ; combien plus lorsqu'on ne possède, pour le poser rétrospectivement, que les souvenirs effacés du malade !

Le chancre syphilitique disparaît souvent sans laisser aucune trace ; quelquefois il reste de lui une large tache circulaire, noire ou bronzée, ou bien une cicatrice blanche, ronde, entourée d'une zone, d'un liseré pigmentaires. Ces stigmates sont caractéristiques. — Les adénopathies spécifiques des aines lui survivent encore assez longtemps.

Mais ce sont ses conséquences diathésiques et infectieuses qu'il faut surtout rechercher.

On demandera donc si, au bout de six ou sept semaines, il n'est pas survenu, comme suite à peu près inévitable du chancre infectant : une roséole ou des boutons sur tout le corps, principalement sur le ventre et sur la poitrine, des croûtes dans les cheveux, des ganglions à la nuque, des plaques muqueuses sur la langue et sur les lèvres, des maux de gorge interminables, la chute des cheveux, des sourcils, des cils ; — puis, plus tard, de nouvelles poussées de taches et de boutons, des érosions à l'anus, etc.

Les réponses positives indiquent que la syphilis a été la conséquence du chancre. — Une enquête bien conduite aboutira la plupart du temps à dissiper les incertitudes ou à déjouer les dissimulations.

Quelquefois elle aura pour résultat de montrer que le proposant n'a pas eu la syphilis dont il s'accuse, etc.

Elle est donc très importante et doit toujours être faite avec beaucoup de soin et de patience chez ceux qui disent qu'ils ont eu un *chancre* et ne vont pas plus loin dans leur déclaration.

lent devant l'aveu pénible qu'ils seront obligés de faire ; — d'autres y mettent des réticences ; — d'autres nient de parti pris ou emploient des ruses coupables pour détourner les soupçons du médecin ; — il y en a quelques-uns, mais c'est le petit nombre, qui ne savent pas qu'ils en ont été atteints ; — enfin la plupart déclarent franchement, il faut bien le reconnaître, qu'ils ont eu, à telle ou telle époque, un *chancre infectant*, *induré*, *syphilitique* et il y en a même beaucoup parmi eux qui sont capables de donner sur les accidents consécutifs les détails nécessaires au pronostic (1).

C'est sur ce pronostic qu'il est important d'être édifié.

Envisagée dans l'ensemble de ses manifestations multiples et si variées, la syphilis doit être considérée comme une des maladies les plus graves parmi toutes celles qui affligent l'espèce humaine. Mais elle présente des degrés divers dans sa gravité suivant les individus et aussi suivant le temps et les milieux.

(1) Voir l'étude médico-légale très complète de M. le docteur Mireur, intitulée : *La Syphilis et les Assurances sur la Vie.* — Le pronostic de la syphilis y est peut-être un peu trop adouci.

Il y a des syphilis bénignes, des syphilis moyennes comme force, des syphilis sévères, des syphilis courtes, longues, interminables, invétérées.

A proprement parler la syphilis n'est jamais bénigne, même dans ses formes les plus innocentes en apparence ; et telle ou telle lésion qui par- elle-même n'a aucune signification pronostique fâcheuse, peut en acquérir une très considérable, si elle atteint un organe essentiel à la vie ou à une grande fonction.

Ne voit-on pas, par exemple, les moindres productions syphilitiques de la face interne des os du crâne, des méninges, de la substance corticale ou des ganglions du cerveau, produire des accidents redoutables ?

De pareilles éventualités sont bien souvent difficiles et même impossibles à prévoir, car elles se produisent peut-être avec plus de fréquence dans les syphilis dont les premières manifestations ont été légères, superficielles et fugaces, que dans les syphilis ayant donné lieu, dès les premiers mois, à des acccidents sérieux du côté de la peau et des muqueuses.

La syphilis procède par étapes successives dont on peut fixer d'avance la chronologie d'une façon presque rigoureuse, pendant les

trois ou quatre premières années, c'est-à-dire pendant la durée des *accidents secondaires*. — Mais, du moment où elle entre dans la phase des *accidents tertiaires*, son processus déjoue tous les calculs. On ne peut plus prédire, même approximativement, ni s'il y aura de nouvelles poussées, ni à quelle époque elles surviendront. On est à cet égard dans la même incertitude que pour les autres maladies constitutionnelles.

C'est le *tertiarisme* qui constitue le plus sérieux danger de la syphilis. C'est sa possibilité que doit toujours avoir en vue le médecin examinateur, quand il se trouve en présence d'un proposant qui accuse des antécédents syphilitiques vagues, ou superficiels et insuffisants par eux-mêmes pour faire rejeter l'assurance.

Mais comment prévoir qu'à telle ou telle époque, la maladie, secondaire seulement jusqu'alors ou bien latente et en apparence guérie depuis longtemps, se modifiera ou se réveillera, en se formulant sous le mode spécial des lésions profondes et destructives et des localisations viscérales qui sont propres à sa période constitutionnelle ?

On peut bien tirer quelques prévisions de

la nature du chancre infectant et des accidents généralisés qui se développent pendant la première et la seconde année de la syphilis. Le syphilome primitif semble en effet, dans la généralité des cas, donner, comme en miniature, une image des principales lésions syphilitiques qui surviendront plus tard. — Quoique, entre ses formes et celle des manifestations ultérieures, il n'existe aucune loi *fatale de concordance*, le médecin examinateur, dans son enquête sur les proposants syphilitiques, devra toujours demander des détails précis sur le chancre. — Il s'informera de son siège, de sa durée et surtout de son caractère résolutif ou ulcéreux. Pour être édifié sur ce dernier point qui est le plus important, il examinera soigneusement l'endroit où était implanté le néoplasme et il s'assurera s'il a laissé ou non une cicatrice.

De gros chancres syphilitiques ulcéreux et phagédéniques, qui s'accompagnent de perte de substance et ne se guérissent qu'au prix d'une cicatrice indélébile, sont très fréquemment l'origine d'une syphilis sévère, grave et même maligne, avec syphilides pustuleuses, exostoses suppurées, nécroses, caries, etc.

Au contraire, après les chancres indurés bénins, érosifs, parcheminés, résolutifs, d'une courte durée et qui ne laissent après eux aucune trace, les éruptions syphilitiques sont superficielles, de courte durée et les déterminations ne dépassent pas ordinairement la peau et les muqueuses.

Il y en a une cependant, celle sur les centres nerveux, qui est loin d'être incompatible avec la forme légère de l'infection syphilitique.

La *loi de concordance* entre l'accident primitif et les accidents ultérieurs, outre qu'elle n'est pas absolue, n'embrasse qu'une période restreinte de la syphilis, car il peut se faire que les dispositions organiques du malade se modifient et impriment de nouvelles formes aux manifestations, à mesure qu'elles s'éloignent de leur point de départ. C'est ainsi que l'on voit quelquefois, plusieurs années après un petit chancre très superficiel et fugace, apparaître des syphilides profondes de la peau ou des muqueuses, des exostoses, des néphrosyphiloses, des encéphalopathies, etc.

D'un autre côté, une syphilis, grave dans son accident primitif et ses premières manifestations, s'éteint parfois au bout de

quelques années pour ne plus reparaître. Nous avons vu un malade qui avait eu à 18 ans un chancre ulcéreux, une syphilide ulcéreuse et une carie de fosses nasales avec aplatissement du nez. Eh bien, depuis l'âge de 20 ans, aucune manifestation spécifique n'était survenue, et, à l'âge de 74 ans, il jouissait encore d'une santé parfaite. — Par contre au bout d'un an et même moins, un syphilitique sur lequel on portait un pronostic favorable, à cause de la bénignité des premiers accidents, sera peut-être frappé d'une attaque d'épilepsie ou d'une attaque d'aphasie et d'hémiplégie droite, etc.

Il est incontestable qu'une mauvaise santé, une hygiène défectueuse, la misère physiologique, les maladies constitutionnelles, les dyscrasies, les intoxications, en un mot tout ce qui affaiblit et mine l'économie, toutes les conditions morbides antérieures ou concomitantes peuvent aggraver la syphilis.

Mais, indépendamment de ces causes, il y a une prédisposition mystérieuse qui prémunit contre les atteintes sérieuses de cette maladie, ou qui au contraire permet à ses manifestations les plus variées d'éclore partout, à toutes les époques du processus et d'aboutir,

avec une rapidité surprenante, à la plénitude de leur développement. Ce qu'il y a de remarquable, c'est que les sujets les mieux portants en apparence sont aussi exposés à ces redoutables éventualités que les sujets malingres et chez lesquels on pourrait croire, *à priori*, que la syphilis va devenir formidable.

On est donc exposé à bien des surprises, et c'est ce qui nous fait insister sur les difficultés que présente le pronostic de cette maladie.

Ce pronostic, nous ne voudrions pas trop l'assombrir. Il y a évidemment un grand nombre de syphilitiques qui présentent au bout de quelques années toutes les apparences d'une guérison définitive et arrivent à un âge avancé, sans subir de nouvelles atteintes ; ou bien celles qui surviennent ne contribuent en quoique ce soit à abréger leur existence. Mais la syphilis, comme la scrofule, est un facteur puissant dans la mortalité prématurée, sans l'être cependant au même degré. — Malheureusement nous n'avons aucune statistique qui nous permette de dire quelle est la proportion, même approximative, des syphilitiques qui meurent prématurément par le *fait seul* de leur syphilis.

Savons-nous au moins, combien, parmi tous ceux qui contractent la syphilis, il y en a qui aboutissent au tertiarisme? Sur cent syphilis, par exemple, combien y en a-t-il qui deviendront tertiaires? Sera-ce 5, 10, 15, 20? — Pas *plus de 20*, peut-on répondre avec quelque certitude, mais certainement pas *moins de cinq*. Peut-être que 8, 10, 12, 15 donneraient une moyenne assez exacte.

Dans ces cas voués au tertiarisme, à quelles époques se produiront les accidents? Sur ce point là encore, comme sur beaucoup d'autres, on peut dire que l'inattendu est la règle. — Prenons comme moyenne à peu près exacte, de 3 à 6 ans, après l'accident primitif.

« En compulsant les nombreuses observations de syphilis tertiaires, que j'ai prises moi-même et qui ont servi de matériaux à mes mémoires sur différentes questions de syphiliopathie, j'arrive à une moyenne plus faible. Il est vrai que je me suis occupé principalement des manifestations précoces du tertiarisme. Par conséquent les résultats que j'ai obtenus sur la brièveté de l'*incubation* du tertiarisme pourraient à bon droit être suspects d'exagération.

Laissant de côté les affections syphilitiques précoces du système osseux et du tissu cellulaire sous-cutané, ainsi que les syphilides malignes,

nous avons, comme déterminations essentiellement tertiaires, dont il faut toujours se préoccuper, parce qu'elles sont fréquentes et dangereuses, celles du cerveau, de la moëlle épinière et la syphilose pharyngo-nasale.

Celles du cerveau sont incomparablement *les manifestations viscérales les plus précoces.* Ajoutez que. comme fréquence, elles ne le cèdent qu'aux déterminations cutanées tertiaires.

La syphilose pharyngo-nasale qui constitue, elle aussi, une des manifestations communes du tertiarisme, survient en général à une époque de la syphilis plus avancée que les affections du névraxe. Les nombreux cas que j'ai réunis, dans mes leçons sur cet important sujet, m'ont donné comme intervalle moyen entre l'accident primitif et l'invasion des premières manifestations tertiaires naso-pharyngiennes un intervalle de quatre années.

Les impressions qui résultent pour moi d'une pratique de 18 années sont les suivantes, sur la syphilis acquise, telle qu'on l'observe de nos jours, en France et à Paris particulièrement. On peut ajouter qu'elle est à peu près semblable dans tous les pays du monde qui sont depuis longtemps soumis aux règles d'une hygiène et d'une médecine éclairées :

A. Dans la syphilis acquise, l'apparition des accidents d'ordre tertiaire n'est point un évènement fatal, inévitable comme l'apparition des

accidents secondaires. On a de 80 à 90 chances sur 100, environ, de les éviter, dans les conditions ordinaires où se fait actuellement l'évolution de la syphilis.

La proportion approximative du tertiarisme, qui est de 10 à 20, de 5 à 15 pour 100, augmente lorsque la contagion syphilitique s'empare brusquement d'un milieu où elle n'avait pas régné jusqu'alors et y constitue un foyer d'endo-épidémie.

Les exemples de tertiarisme dans la syphilis acquise diminuent depuis plusieurs années. Si je m'en tenais à mon observation personnelle, je dirais qu'il me semble moins fréquent aujourd'hui qu'il y a 10 ou 15 ans.

B. La chronologie des accidents tertiaires est très-variable. Dans les endo-épidémies, comme dans la syphilis héréditaire, ils surviennent de très bonne heure, pendant la première année et même pendant les premiers mois. Il y a des cas exceptionnels où ils ne se produisent au contraire que 40, 50 ou 60 ans après le chancre. L'époque moyenne de leur apparition est comprise entre la deuxième et la cinquième année de la syphilis.

Il y a des syphiloses viscérales qui sont remarquables par leur précocité.

Parmi elles la syphilose cérébrale occupe de beaucoup le premier rang comme fréquence et comme gravité.

C. Les déterminations d'ordre tertiaire les plus

fréquentes sont celles qui s'effectuent à l'extérieur, sur la peau, sur les muqueuses et dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Les néoplasies gommeuses dermo-hypodermiques, circonscrites ou diffuses, disséminées ou confluentes, quoique beaucoup moins communes qu'autrefois, comprennent encore presque la moitié des cas de la syphilis tertiaire. Ce sont elles qui constituent, par leur précocité, leur abondance, la rapidité de leur évolution, la syphilis maligne qui est toujours d'ordre tertiaire malgré sa précocité.

Le tertiarisme externe est moins difficile à prévoir que le tertiarisme interne ou viscéral, parce qu'il se produit fréquemment à assez brève échéance, lorsque l'accident primitif a été ulcéro-phagédénique.

Les accidents tertiaires osseux sont devenus beaucoup plus rares qu'autrefois. Ceux qui s'observent le plus souvent sont ceux que produit la syphilose pharyngo-nasale.

Parmi les syphiloses internes ou viscérales, celle du névraxe vient en première ligne. C'est là un fait capital et sur lequel je ne cesse d'insister. Je serais tenté de dire qu'il est devenu tout à fait prédominant dans la question du tertiarisme. Et en effet, ce qu'il y a de plus à redouter pour un malade atteint d'une faible ou d'une moyenne syphilis, c'est incomparablement la détermination spécifique sur le névraxe et en particulier sur le cerveau.

Je placerais en seconde ligne, comme fréquence, la syphilose pharyngo nasale sous toutes ses formes.

Les syphiloses du foie, des reins, du poumon, du cœur sont infiniment moins communes que les déterminations précédentes. Quelques-unes sont précoces parfois, celle des reins par exemple. L'éventualité des autres n'est pas à craindre dans les premières années de la syphilis.

D. Il n'existe point une loi de balancement entre les déterminations externes et les déterminations viscérales du tertiarisme. Cependant on observe un grand nombre de syphilis viscérales, entre autres celle du cerveau, dans lesquelles les accidents cutanés n'ont jamais dépassé la phase secondaire et s'y sont même montrés très rares ou fort bénins. Réciproquement, combien de syphilitiques ont, pendant des années, la peau labourée par les plus graves dermatopathies tertiaires, sans que leurs viscères soient atteints ! Les viscéropathies ne constituent-elles pas l'exception dans les syphilides malignes ? » (Charles Mauriac) *Union médicale,* février 1887. (1).

Des considérations générales que nous venons d'exposer sur le pronostic de la sy-

(1) Voir aussi : *Leçons sur les maladies vénériennes, professées à l'Hôpital du Midi,* par Charles Mauriac, un vol. in-8°, J.-B. Baillère 1883, pp. 75-81 et pp. 411-421 ; — Du même auteur, *Pathologie générale de la syphilis tertiaire.*

philis, il est permis de tirer les conclusions suivantes :

1° L'existence de la syphilis dans le passé pathologique des proposants ne sera qu'exceptionnellement et suivant une très faible proportion, un motif formel de refus ; parce que, bien qu'il n'y ait aucun critérium absolu qui permette d'affirmer la guérison définitive de cette maladie, elle se comporte, dans la grande majorité des cas, comme si elle était complètement éteinte.

2° Si la syphilis a débuté par un chancre superficiel et non ulcéreux, et si ses premières manifestations n'ont attaqué que légèrement la peau et les muqueuses, par poussées successives mais de plus en plus faibles et plus éloignées ; si elles ont disparu au bout de 2 ou 3 ans pour ne plus reparaître, et si le malade a suivi un traitement long et régulier, il y aura dans ce groupe d'antécédents des garanties suffisantes de bénignité pour l'acceptation.

3° Plus ce groupe d'antécédents sera éloigné du moment de l'examen, et plus il y aura lieu de se prononcer catégoriquement en faveur de l'admission, surtout si depuis qu'ils se sont produits, il n'est survenu au

cun accident spécifique, et si la santé a toujours été parfaite et exempte de toute autre tare constitutionnelle.

4° Un proposant, fût-il atteint d'une syphilis très bénigne dans ses manifestations, il sera prudent de ne pas l'accepter pendant la période d'activité de l'infection, c'est-à-dire pendant les deux ou trois années que dure habituellement la phase secondaire de la maladie. — Il faudra *l'ajourner* et attendre qu'il présente du moins les apparences d'une guérison complète ou durable.

5° On se conformera sur ce point aux règles qui sont établies pour l'admissibilité au mariage, mais peut-être avec un peu moins de rigueur, et cela pour des raisons faciles à comprendre. Dans l'assurance, en effet, on se préoccupe uniquement des risques comme longévité, tandis que dans le mariage on a principalement en vue la disparition définitive des accidents contagieux et des chances de transmission héréditaire. — Il y aura donc des syphilitiques superficiellement atteints et bien traités qu'on pourra accepter moins de 3 ou 4 ans après l'accident primitif.

6° Il y a des accidents syphilitiques graves par eux-mêmes, mais qui ne menacent pas

l'existence, tels sont l'iritis, les périostoses résolutives, les sarcocèles précoces, quelques éruptions papulo-ulcéreuses récidivantes, etc. Ils constituent comme un intermédiaire entre la syphilis secondaire et la syphilis tertiaire. — S'ils existent au moment de l'examen on ajournera le proposant. S'ils remontent dans un passé éloigné, on l'acceptera.

7° Le refus s'imposera chez tout proposant qui aura présenté, pendant la phase secondaire, quelque détermination du côté du cerveau, eût-elle été fugace, légère et rapidement guérie par les spécifiques. — Le médedecin devra donc toujours demander s'il n'y a pas eu de diplopie, de déviation des yeux, de céphalées violentes et de longue durée, de paralysies locales, de convulsions épileptiformes partielles, d'aphasie, etc. Son attention se portera aussi du côté des fonctions de la moëlle épinière. — Dans tous les cas où le névraxe paraîtra avoir été touché, on refusera.

8° Des antécédents syphilitiques bénins et qui par eux-mêmes n'auraient pas contre-indiqué l'assurance, deviendront un motif de refus, si on les trouve chez un proposant soupçonné d'alcoolisme, scrofuleux, même légèrement, ou entaché d'arthritisme. — Ces

maladies constitutionnelles sont susceptibles de s'aggraver réciproquement par leur coexistence.

9° Il ne faut pas cependant être trop absolu pour le refus, et il y a des proposants dans de pareilles conditions qu'on pourra recevoir, si les tares diathésiques sont très vagues et surtout si, comme garantie contre les risques, une santé parfaite n'a cessé d'exister depuis le chancre syphilitique, et cela pendant une période de nombreuses années.

10° Lorsqu'il sera bien établi aux yeux du médecin, que le proposant a été atteint d'une syphilis vraiment grave, qui a présenté dès ses premières manifestations les caractères du tertiarisme ulcéreux, phagédénique, avec troubles de la santé générale et déterminations viscérales, etc., le refus sera catégorique. — Il le sera d'autant plus que l'intervalle entre cette syphilis et l'époque de l'examen sera moins considérable.

11° Si cet intervalle était de 20, 30, 40 ans et plus, et s'il n'y avait eu depuis l'explosion de la syphilis grave, aucune manifestation d'ordre spécifique ; si la santé avait été parfaite de tous points, à la rigueur l'assurance pourrait être acceptée ; mais le médecin en

laisserait la responsabilité à la Compagnie.

12° On peut établir comme une règle générale que toute syphilis qui a été d'emblée ou qui est devenue tertiaire doit faire refuser l'assurance. Il faudra donc que le médecin recherche chez un proposant syphilitique les stigmates que sa maladie n'aura pas manqué de laisser en pareil cas sur la peau, sur les muqueuses, sur les diverses pièces du squelette, etc.

13° Des syphilis qui n'auraient pas laissé de stigmates, mais qui auraient troublé les grandes fonctions en attaquant les principaux viscères, seront toujours exclues de l'assurance. Le médecin interrogera donc les antécédents cérébraux, rachidiens, hépatiques et rénaux, et il y trouvera quelquefois des motifs de refus.

14° Dans les cas douteux et qui sont sur les limites de l'acceptation et du refus, il ajournera, ou bien, après avoir exposé les raisons pour et les raisons contre à la Compagnie, il lui laissera le soin de se prononcer contre l'admission ou en sa faveur.

Section III. Dyscrasies et intoxications.

DIABÈTES.

On les divise en deux classes : l'une comprend le diabète sucré, la *glycosurie*; c'est le plus important et on l'appelle presque toujours *diabète*, sans autre désignation ; — l'autre est constituée par les diabètes insipides, c'est-à-dire la *polyurie* simple et la *polyurie azoturée ou phosphaturée.*

Ces affections, et surtout le diabète sucré, occupent une grande place dans la question des assurances sur la vie. Nous aurons à y revenir lorsque nous nous occuperons de l'analyse des urines.

Pour le moment, nous ne voulons envisager les diabètes que comme *antécédents*. Voici le cas qui peut se présenter et qu'on rencontre même assez fréquemment : Un malade qui offre toutes les conditions apparentes d'une santé parfaite, au moment de l'examen, déclare sincèrement qu'il a été autrefois diabétique, mais qu'il est guéri depuis longtemps

et qu'il s'est toujours très bien porté, sans que son affection ait eu jamais pour lui des conséquences fâcheuses. — La première chose à demander, c'est si la diabète était sucré ou insipide. — Presque toujours on répond que les urines contenaient du sucre. Eh bien, il faut savoir que *glycosurie et diabète sucré* n'ont pas absolument la même signification. Il arrive souvent que le sucre apparaît dans les urines d'une manière fortuite et temporaire. Ces glycosuries transitoires sont d'un pronostic beaucoup moins fâcheux, que la glycosurie persistante qui fait invariablement partie du syndrome clinique constituant le diabète sucré.

Quand un proposant avoue qu'il a été diabétique, il est fort probable qu'il existait réellement chez lui, non pas seulement une glycosurie d'occasion, mais un véritable diabète. Ses réponses nous éclaireront plus ou moins sur ce point. Si elles ne suffisaient pas, on pourrait demander des renseignements à son médecin ordinaire. C'est même ce dernier parti qu'on devra prendre, car il est fort difficile, pour ne pas dire impossible, de reconstituer, d'après le seul récit du malade, l'histoire exacte de son affection.

Il serait indispensable, par exemple, de savoir à quelle époque les urines ont commencé à devenir sucrées et à quelle époque elles ont cessé de l'être. — Il faudrait, en outre qu'on fût fixé sur les principales circonstances pathologiques qui se sont montrées pendant la durée de la glycosurie diabétique.

La guérison est-elle définitive ? Quelles sont les garanties qui permettent de le supposer ? En admettant que le malade courre encore le risque de redevenir diabétique, faut-il l'admettre à cause des conditions excellentes de santé qu'il présente au moment de l'examen ?

Il y a des *diabètes gras*, presque toujours d'origine arthritique ou goutteuse, qui sont et qui restent toujours d'une faible ou d'une moyenne intensité. La maladie dans ces cas là peut durer indéfiniment sans devenir fatale. — Néanmoins le pronostic est toujours sérieux, parceque, si peu nuisible qu'il paraisse, le diabète sucré devient parfois l'origine de complications redoutables et imprime aux maladies intercurrentes, à la pneumonie par exemple, un caractère des plus graves et qui aboutit souvent très vite à une terminaison funeste.

Donc, il faudra refuser la plupart du temps les sujets qui auront été diabétiques.

On comprend, toutefois, que dans certaines circonstances exceptionnellement favorables l'admission soit tentante et possible.

En pareille occurence, le médecin exposera les raisons pour et les raisons contre, déclarera qu'il a besoin d'être éclairé par le médecin ordinaire du proposant, et s'en remettra à la Compagnie du soin de décider s'il faut accepter ou refuser, avec ou sans consultation.

Quoique la *polyurie essentielle* puisse durer bien des années sans compromettte l'existence, elle est au nombre des affections susceptibles de faire refuser l'assurance. — On connaît peu ses causes et sa pathogénie. Elle est parfois héréditaire. Souvent, elle accompagne certaines affections nerveuses. On l'a vue survenir après des traumatismes de la tête, des lésions du cerveau, de la protubérance, du bulbe, et du quatrième ventricule.

Le *diabète azoturique* ou *azoturie* est caractérisé par une urine qui, si elle ne renferme ni sucre ni albumine, contient en excès de l'urée, de l'acide urique et des matières extractives azotées. En 24 heures, l'urée atteint 40, 60, 100 gr., au lieu de 25 gr., chiffre normal. L'acide urique atteint 9 gr. — Faim dévorante, sueurs profuses, soif ardente. Dans les cas graves, dénutrition exces-

sive, cachexie, gangrène, phtisie, etc. Pronostic très grave;— guérison dans quelques cas.

Outre l'*azoturie*, il y a aussi une autre variété de diabète, la *phosphaturie* ou *diabète phosphatique*. Ce sont là des vices généraux de nutrition probablement d'origine nerveuse. Tous contre-indiquent l'assurance.

Nous avons parlé plus haut d'autres dyscrasies telles que la chlorose, les anémies, la leucémie, etc. Nous pensons qu'il est inutile de revenir ici sur ces affections.

Nous nous bornerons à mentionner la *maladie d'Addison ou maladie bronzée*. Les personnes qui en ont été atteintes n'en guérissent que très rarement d'une façon complète. Les cas de guérison qu'on cite ne sont pas probants. La maladie a une marche fatalement progressive.

ALCOOLISME

Si un proposant déclare franchement qu'il a été alcoolique, faudra-t-il le recevoir ? L'acceptation ou le refus dépendent de tant de circonstances, qu'il est difficile de désigner d'avance les cas qui rentrent dans l'une ou l'autre catégorie. Tout ce que nous pouvons dire ici, c'est que l'aveu loyal du proposant prouve en sa faveur. — Si sa santé est par-

faite et s'il a renoncé depuis très longtemps à s'alcooliser, on pourra l'admettre.

Malheureusement, la passion de boire l'emporte souvent sur la volonté la plus ferme.

Il faut ajouter que certaines intoxications alcooliques légères, à petites doses et pas trop fréquemment répétées, ne sont point incompatibles avec une longue existence.

Saturnisme. — Bien que l'intoxication saturnine chronique puisse guérir même après ses manifestations graves, il faudrait la considérer comme un antécédent très fâcheux.

Néanmoins il ne serait pas de nature à faire refuser l'assurance, surtout s'il remontait dans un passé lointain et si le malade, soustrait depuis longtemps aux causes de son affection toxique, présentait, au moment de l'examen, tous les attributs d'une santé parfaite.

Section IV. — Antécédents fournis par les maladies des divers organes et appareils

Passons maintenant en revue les commémoratifs qui, dépendant d'une cause générale ou locale, sont plus particulièrement circonscrits dans telle ou telle partie de l'organisme.

I. — ANTÉCÉDENTS DU COTÉ DU SYSTÈME NERVEUX

On interrogera le proposant sur les principaux symptômes que présentent les maladies de ce grand système. On lui demandera s'il est sujet aux maux de tête, aux névralgies, aux vertiges ; — s'il a eu des convulsions et des paralysies, des troubles de la mémoire, de l'embarras de la parole, des absences, etc. ; — s'il a toujours été en pleine possession de ses facultés intellectuelles et morales ; — s'il ne lui est pas survenu parfois des troubles singuliers de la sensibilité générale, et s'il n'a rien eu du côté des organes des sens, etc.

Cette enquête sur les maladies du système nerveux est une des plus difficiles et des plus délicates, parce que nous sommes obligés de nous en rapporter à ce que nous dit le proposant, et que nous n'avons à juger, la plupart du temps, que des phénomènes subjectifs, sans qu'il soit possible de les contrôler par l'exploration physique.

A. — *Maux de tête, céphalées, migraines.* — Ces antécédents ne sont pas en général d'une grande importance, à moins qu'ils

n'aient une intensité et une persistance extrêmes. Ainsi des céphalées habituelles, continues ou paroxytiques, accompagnées ou non de vomissements, pourraient faire soupçonner l'existence d'une tumeur cérébrale ; mais elles n'auraient pas tardé à s'accompagner de paralysies et d'attaques épileptiformes, etc.

Les céphalées nocturnes suggéreront toujours l'idée d'une syphilis latente ou ignorée.

La migraine que les malades savent très bien reconnaître eux-mêmes est presque toujours arthritique et constitue une affection plus gênante que grave.

Conclusion : Presque tous les proposants qui n'ont dans leur passé, comme antécédent morbide, que des maux de tête, seront acceptés.

B. — *Névralgies.* — Il y en a beaucoup qui n'ont aucune signification sérieuse ; mais quelques-unes donneront l'éveil sur la possibilité d'affections très graves dont elles ne seraient qu'un des symptômes. De ce nombre sont : les *crises névralgiformes* qui occupent le sommet du thorax, à gauche, et poussent des irradiations dans le bras correspondant ; — les névralgies persistantes de la cinquième

paire, surtout la *névralgie épileptiforme* de la face. Les premières feront songer à une angine de poitrine, les secondes à une tumeur intracranienne. — Mais si elles sont guéries depuis longtemps, il est très probable qu'elles ne tenaient pas à une pareille cause.

Conclusion : Les antécédents névralgiques ne seront que très exceptionnellement un motif suffisant de refus.

C. — *Vertiges.* — C'est un point important de la pathologie nerveuse, qui mérite que nous lui accordions quelques développements. Le pronostic de cet antécédent si commun est extrêmement variable. Aussi Lasègue a-t-il dit avec beaucoup de raison : « Le vertige est une maladie d'imposture. On a un petit vertige avec une grande maladie, et un grand vertige à propos d'un malaise indifférent. Le vertige est tout ou rien ; le vertige cérébral est grave, le vertige stomacal n'est rien. Quelquefois même, le vertige est toute la maladie et rien ne peut mettre sur la voie de sa cause. »

Il est évident que pour apprécier la portée pathologique de ce symptôme, il faut se rendre un compte exact des causes qui sont susceptibles de le produire.

1° *Maladie de Ménière.* — Elle offre le type des accidents vertigineux et porte le nom du médecin qui a eu le mérite de la découvrir. Elle se présente sous forme d'accès qui reviennent à des intervalles irréguliers. Les malades éprouvent tout à coup des bourdonnements d'oreilles ; ils entendent aussi des sifflements, des bruits singuliers ; puis ils se sentent entraînés en avant ou en arrière comme s'ils allaient faire la culbute ; ou bien ils ont la sensation du mal de mer, de leur rotation autour d'un axe vertical, etc. ; quelquefois ils tombent quand ils ne rencontrent pas à temps un point d'appui solide. La fin de l'accès est marquée par des nausées et des vomissements ; ensuite tout rentre dans l'ordre. — Il n'y a jamais perte de connaissance.

Ces symptômes qui peuvent acquérir une violence extrême sont produits par des lésions ayant leur siège dans l'appareil auditif : lésions du labyrinthe, affections de la membrane et de la caisse du tympan, de la trompe d'Eustache, otites purulentes et même affections de l'oreille externe, etc.

Ce vertige dépend donc exclusivement des maladies de l'oreille, c'est le vertige *ab aure læsa.* Il s'accompagne du reste toujours de

troubles de l'ouïe, de sa diminution et d'une surdité plus ou moins complète. — La maladie est paroxystique, ou continue avec paroxysmes. Sa durée est très longue et comprend des années. Elle finit par guérir, mais les malades deviennent et restent sourds. Et puis il peut survenir des complications graves du côté du cerveau, dans les otites purulentes avec lésions du rocher, etc.

Conclusion : On refusera les proposants qui ont eu des accidents vertigineux graves, accompagnés de troubles de l'ouïe et de surdité. On les refusera alors même qu'ils sembleraient guéris et que leur santé générale se trouverait dans des conditions propres à les faire accepter.

2° *Vertiges symptomatiques d'une maladie du cerveau et de la moëlle épinière.* — Il y a peu de personnes atteintes de vertiges, qui n'en soient d'abord effrayées, parce que leur première pensée est de les attribuer à une affection cérébrale grave : congestion, hémorrhagie, ramollissement, tumeurs, etc. Heureusement que dans la très grande majorité des cas, cette crainte n'est pas justifiée.

Les vertiges qui dépendent d'une lésion

du cervelet et des pédoncules cérébelleux, de la protubérance du cerveau, etc., restent rarement isolés. Ils finissent par s'accompagner d'autres phénomènes qui mettent sur la voie du diagnostic : les vomissements, par exemple, non provoqués par l'alimentation, une tendance nauséeuse continuelle, qui sont, d'après Lasègue, des symptômes de premier ordre en faveur d'une affection cérébrale.

On ne rencontrera point cet ordre de vertiges dans le passé des proposants, ni ceux qui dépendent de la paralysie générale, de l'ataxie locomotrice, de la sclérose en plaques, des encéphalopathies syphilitiques, etc. ; ou bien, si on les y rencontrait, ils seraient associés à d'autres accidents graves, actuels et persistants, tous de nature à faire refuser l'assurance. — Il n'y aurait d'erreur possible dans le diagnostic et le pronostic que si ces accidents vertigineux étaient très rapprochés du moment de l'examen. — En pareil cas, s'ils paraissaient suspects, on refuserait ou on ajournerait.

3° *Vertige épileptique*. — Il est rare qu'il existe seul comme signe de l'épilepsie, sans perte de connaissance et sans chute.

Comme *aura*, il est au contraire extrêmement fréquent.

Son diagnostic rétrospectif est assez difficile à faire, d'autant plus que les malades en ignorent la signification ou ne veulent pas la faire connaître au médecin.

4° *Vertiges d'autres névroses.* — On trouve le vertige dans la plupart des névroses : hystérie, neurasthénie, folie, hypocondrie, goître exophtalmique ; mais il est toujours accompagné d'autres phénomènes, etc.

5° *Vertiges par troubles circulatoires.* — Il en est de même dans cette catégorie de vertiges qui dépendent de l'anémie, de la pléthore, d'une hémorrhagie, de l'insuffisance aortique, de l'athérome cérébral, etc.

Le *vertige symptomatique de l'athérome cérébral* est un de ceux dont le médecin doit le plus se préoccuper, parce qu'il est souvent l'avant-coureur d'une attaque d'hémorrhagie ou d'un ramollissement.

Il est commun dans la période d'involution de l'existence, surtout chez les vieillards. Souvent il se borne à des étourdissements ; mais parfois c'est du vertige véritable avec

sensation de mouvement des objets et du sujet. Il s'accompagne aussi de bourdonnements d'oreilles, qui se produisent quand le malade, ayant la tête baissée, la relève.

Conclusion : Les antécédents vertigineux, chez des proposants qu'on soupçonne d'être prématurément athéromateux, feront refuser l'assurance.

6° *Vertiges goutteux et migraineux.* — Ils se ressemblent beaucoup et tiennent à la même cause. Le vertige goutteux présente quelquefois le grand appareil de la maladie de Ménière. Il s'accompagne souvent de dyspepsie. Son pronostic est subordonné à celui de la maladie générale.

Conclusion : On refusera ou on ajournera dans la plupart des cas, les goutteux à attaques d'accidents vertigineux très répétées, accompagnées ou non de migraine et de troubles dyspeptiques.

7° *Vertige stomacal.* — C'est certainement celui qui est le plus commun et auquel on pensera tout de suite quand un proposant déclarera qu'il éprouve plus ou moins fréquemment des vertiges.

On le reconnaîtra aux particularités sui-

vantes : les vertiges d'origine gastrique, surviennent souvent à jeun et sont calmés par l'ingestion de quelques aliments ; il existe quelquefois des flatuosités, des éructations, des vomissements, du pyrosis, etc.

Mais il faut qu'on sache bien que les troubles gastriques peuvent aussi *rester latents*, au point que le malade ne parle que du vertige et se croit atteint d'une affection cérébrale. Un bon régime en fait justice. — Le vertige stomacal se complique souvent du *vertige nicotinique*, de palpitations, d'intermittences, etc.

Conclusion : Cet antécédent, quand son origine gastrique est bien établie, n'est point de nature à faire refuser l'assurance. — S'il avait été extrêmement intense, à une époque voisine de l'examen, on se bornerait à l'ajournement.

8° *Vertige oculaire.* — On l'observe dans la paralysie de la troisième et de la sixième paire où il est associé à la diplopie, dans le nystagmus (1) etc. — Au vertige oculaire se

(1) Voir au sujet du *nystagmus* le travail remarquable et très complet du docteur Antoine Gadaud.

En voici les principales conclusions :

Le tremblement des yeux ou nystamus est symptomatique ou idiopathique.

rattache le vertige des hauteurs, des précipices, et une multitude de vertiges singuliers qui n'ont aucune gravité et dépendent d'une idiosyncrasie fonctionnelle de l'organe visuel.

Conclusion : Quand le vertige visuel existera seul, et ne dépendra d'aucune paralysie ou parésie des muscles moteurs de l'œil, il ne contre-indiquera point l'assurance.

D. — *Convulsions*.— Les antécédents con-

Symptomatique, il indique soit une lésion de l'encéphale, soit une lésion du bulbe rachidien et de la protubérance annulaire. — On le rencontre dans le premier cas chez les enfants, principalement avec les tubercules du cerveau, chez les adultes soit avec des traumatismes de l'encéphale, soit avec divers processus, tels que ramollissement, hémorrhagie, etc. Il constitue alors un signe passager, accompagnant souvent la déviation conjuguée des yeux et la rotation de la tête. Son pronostic est très grave ; il indique une terminaison funeste. Quand il est lié à une lésion de l'isthme de l'encéphale et de la moelle allongée (traumatique, organique ou autre), il est plus durable, et bien qu'il n'offre par lui-même aucun caractère spécial de gravité, il indique que le centre des fonctions indispensables à la vie est menacé.

Le nystagmus *idiopathique* doit être considéré dans certains cas comme une affection d'origine nerveuse, une sorte de chorée partielle, le plus souvent comme une maladie des muscles de l'œil. Quand il est purement nerveux, il est toujours congénital. Quand il est musculaire, il est congénital ou acquis... Le nystagmus idiopathique n'est pas d'un pronostic grave, il va en général en s'améliorant.

vulsifs sont aux nombre de ceux qui doivent presque toujours faire refuser l'assurance, par ce qu'ils dépendent ou bien d'une névrose grave ou bien d'une affection organique des centres nerveux.

E.— *Paralysies.* — Même conclusion au sujet des paralysies. On tiendra comme très suspects les proposants qui ont eu des paralysies des muscles moteurs de l'œil, parce que ces paralysies sont très souvent symptomatiques d'une ataxie qui débute, d'une détermination de la syphilis sur l'encéphale, d'une tumeur intracranienne, etc. Il est vrai qu'il y en a quelques-unes qui sont simplement rhumatismales ou accidentelles.

Une *hémiplégie faciale à frigore* ne fera pas refuser l'assurance, surtout si elle remonte très loin et si elle n'a laissé aucune trace.

Il en sera de même des paralysies périphériques et rhumatismales ou à *frigore* (paralysie du deloïde, du nerf cubital, du plexus brachial, etc.).

On sera plus réservé pour les *paralysies périphériques d'origine toxique.* Bornons-nous à signaler ces dernières à l'attention

des médecins examinateurs, en particulier celles *d'origine alcoolique.*

L'hémiplégie de tout un côté du corps sera toujours un motif de refus, alors même qu'elle serait guérie. Et cependant, il y a des hémiplégiques qui vivent très longtemps et conservent toute leur intelligence. Un de nos savants les plus illustres en est un exemple : que de découvertes merveilleuses n'a-t-il pas faites, quoi qu'il soit depuis longtemps hémiplégique du côté gauche?

F. — *Affaiblissement de la mémoire, absences, embarras de la parole, aphasie.* — Tous ces antécédents sont fâcheux lorsqu'ils se sont produits assez brusquement. Ils indiquent qu'un travail morbide est en train de se faire dans le cerveau.

Conclusion : En général, quand ils seront bien et dûment constatés dans le passé pathologique d'un proposant, on le refusera, surtout s'il existe chez lui un affaiblissement prématuré du pouvoir sexuel et une facilité à s'émouvoir, insolite, sans cause, ou hors de proportion avec ce qui la suscite. — A plus forte raison ne l'acceptera-t-on pas si à ces symptômes se sont ajoutées des

déviations intellectuelles ou morales, etc.

G. — *Maladies des centres nerveux avec lésions matérielles.* — S'il existait chez une personne qui se présente à l'assurance dans des conditions de santé à peu près satisfaisantes, des antécédents quelconques, de nature à faire supposer qu'il y a eu chez lui une lésion matérielle soit du cerveau, soit de la moëlle épinière, il ne faudrait pas l'accepter, ou du moins ne l'accepter qu'avec des restrictions qu'on soumettrait à la Compagnie, après l'avoir aussi nettement que possible éclairée sur la situation.

La conclusion, en pareil cas, est donc le refus comme règle générale.

H. — *Névroses.* — La même conclusion doit-elle s'appliquer aux névroses, c'est-à-dire aux *maladies des centres nerveux sans lésions matérielles* ?

Passons-les en revue :

Chorée. — Des antécédents choréiques chez un proposant ne doivent pas le faire refuser, s'ils remontent à son enfance et ne se sont pas reproduits dans son adolescence

ou son âge mûr. Mais comme la chorée coïncide souvent avec le rhumatisme articulaire aigu, on recherchera avec soin s'il n'existe pas d'affection cardiaque.

Les accidents choréiques symptomatiques d'une lésion des centres nerveux excluront toujours l'assurance.

Antécédents tétaniques et tétaniformes. — Ils seront, dans tous les cas, un motif de refus.

Crampe des écrivains. — Son existence passée ou actuelle chez un proposant n'empêchera pas de l'admettre, car la vie n'est pas menacée par elle. Elle ne constitue qu'une infirmité gênante et très difficilement curable.

Hystérie. — Faudra-t-il accepter ou refuser les proposants qui ont dans leur passé des antécédents hystériques manifestes ?

Oui, s'il s'agit des hommes, parce que chez eux l'hystérie a une gravité exceptionnelle. — Oui également, chez les femmes qui ont eu des atteintes fréquentes de la *grande hystérie*, de l'*hystéro-épilepsie*, de la *chorée hystérique*, avec ou sans hypnotisme.

Non, quand l'hystérie a toujours été légère,

s'est bornée à des phénomènes vaporeux et spasmodiques, à des attaques rares qui sont devenues de moins en moins fréquentes avec l'âge et ont cessé après la ménopause.

Au surplus, on peut laisser une grande latitude à l'appréciation relative aux risques dans cette névrose. Il est très rare, en effet, que l'hystérie entraîne la mort.

Le médecin jugera tel ou tel cas individuellement et sans se soumettre à une règle à priori. — On ne peut formuler aucune conclusion précise, sauf cependant pour les antécédents très sérieux.

Epilepsie. — Un proposant a été épileptique, mais il ne l'est plus depuis longtemps. Il y a lieu de croire qu'il est guéri ; tout semble le prouver. Sa santé est parfaite au moment de l'examen. — Faut-il l'accepter ou le refuser? Le médecin soumettra le cas à la Compagnie, avec un état exact de la situation actuelle et passée ; il fera valoir le pour, le contre, et lui laissera la responsabilité de la décision.

Seront refusés les proposants à antécédents épileptiques nombreux, rapprochés, récents, et tous ceux chez lesquels il y a eu des atta-

ques *localisées*, plutôt épileptiformes qu'épileptiques, traduisant l'existence d'une lésion matérielle des centres nerveux (tumeurs du cerveau, etc.).

Conclusion : Dans l'immense majorité des cas, l'épilepsie, même guérie depuis plusieurs années, fera refuser l'assurance.

Folie. — Il en sera de même pour les antécédents vésaniques. Il y a cependant des fous qui vivent très longtemps et guérissent. Ceux-là seraient acceptables dans certaines conditions, mais il faudrait consulter sur leur état des médecins aliénistes, à supposer qu'il y eût un intérêt majeur en question. — Le médecin examinateur ne prendra pas à lui seul une pareille responsabilité.

Presque tous les antécédents de folie feront exclure l'assurance, surtout ceux dans lesquels les idées de persécution se concentrent sur les aliments et empêchent de manger, ceux qui ont trait à des idées de suicide, les folies mélancoliques et hypocondriaques qui conduisent à l'anémie et à la tuberculose, etc.

Conclusion : En fait d'antécédents vésaniques, le refus est donc la règle.

Hypocondrie. — Cette névrose, dans ses for-

mes les plus légères, résulte des phénomènes réflexes que suscitent du côté du système nerveux certains troubles de l'estomac et des fonctions digestives en général.

Ceux qui en sont atteints peuvent vivre fort longtemps. Le plus grand nombre d'entre eux seraient certainement acceptables; mais la persuasion où ils sont qu'une maladie grave ou mortelle menace leur existence ne leur donne aucune envie de se faire assurer.

Il arrive très rarement qu'on rencontre parmi les proposants des hypocondriaques convaincus.

S'il s'en présentait et s'il existait chez eux, malgré leurs assertions, une intégrité organique et fonctionnelle suffisantes pour garantir les risques, on n'hésiterait pas à les admettre.

I.—*Antécédents du côté de la sensibilité.* — L'*anesthésie*, c'est-à-dire la diminution ou l'abolition de la sensibilité, avec toutes ses variétés, s'observe dans un grand nombre d'états morbides du système nerveux, et même dans une foule d'affections qui lui sont fort étrangères.

Dans les maladies cérébrales elle est com-

parativement rare, tandis qu'elle est commune dans beaucoup d'intoxications.

Sa fréquence est extrême dans l'hystérie. — Elle ne peut fournir à elle seule aucun élément sérieux d'appréciation pour les risques.

La *douleur*, dont nous avons parlé au sujet des névralgies, revêt parfois une signification d'une haute importance : c'est lorsqu'elle se produit sous la forme de *douleurs fulgurantes*. Ces douleurs, rapides comme l'éclair, traversent un point quelconque du corps, les cuisses, les jambes, les bras, les mains, les jointures ; elles se reproduisent à des intervalles variables et présentent quelquefois une intensité extrême. Les malades les prennent d'abord pour des douleurs rhumatismales singulières. Bientôt elles s'associent à d'autres phénomènes morbides plus précis. Mais, d'après elles seules, on peut soupçonner et même quelquefois diagnostiquer avec certitude une des plus graves affections de la moëlle épinière, l'*ataxie locomotrice progressive* ou *labes dorsal* qui exclut absolument l'assurance dans tous les cas.

Le médecin examinateur ne négligera donc

pas cet antécédent morbide ; au contraire, il y insistera et ne le mettra jamais au nombre de ces troubles vagues de la sensibilité, qu'il est permis de négliger quelquefois. — Il prêtera aussi grande attention à la *rachialgie* qui lui fera penser à la possibilité d'une affection de la moëlle et de ses enveloppes, etc. — Une fois sur cette voie, il recherchera et découvrira les autres symptômes d'une myélopathie naissante et encore à l'état fruste.

VII. — *Antécédents du côté des organes des sens.* — Nous n'ajouterons rien à ce que nous avons dit des maladies de l'oreille au sujet du vertige de Ménière.

Du côté des yeux, l'existence antérieure de certaines affections peut contre-indiquer l'assurance. De ce nombre sont les attaques plus ou moins répétées de diplopie transitoire, avec ou sans strabisme, les névrites optiques, les décollements, les hémorrhagies de la rétine et les irido-choroïdites, les iritis répétées, les amblyopies, etc.

Toutes ces affections, graves à divers degrés par elles-mêmes puisqu'elles compromettent ou abolissent la vision, le sont surtout, au point de vue des risques, comme symptômes

d'une dyscrasie albuminurique, glycosurique ou d'une affection du névraxe (maladies et tumeurs du cerveau, affections de la moëlle épinière et en particulier tabes dorsal.)

Conclusion : Certains antécédents morbides du côté des yeux doivent toujours être tenus pour suspects et l'existence, même isolée et passagère de quelques-uns d'entre eux, est de nature à faire refuser les proposants.

§ II ANTÉCÉDENTS DU CÔTÉ DES APPAREILS DE LA RESPIRATION ET DE LA CIRCULATION

Ils nous arrêteront beaucoup moins longtemps que les antécédents nerveux. Ceux qui ont été fugaces et accidentels, disparaissent sans laisser de traces, et s'ils en laissent, il est permis, grâce à nos moyens d'investigation, de les découvrir et d'en déterminer la nature et l'importance d'une façon presque mathématique. — De plus, les troubles purement subjectifs et fonctionnels y sont beaucoup moins fréquents que dans les névropathies, et l'examen physique du proposant permet de déterminer s'ils dépendent d'une alté-

ration organique ou d'une perturbation dynamique.

I. — *Voies respiratoires.* — Les laryngites répétées et les maux de gorge sont symptomatiques d'un grand nombre d'états généraux. Ces affections feront songer à la phtisie et à la syphilis. Mais si elles remontent très loin dans le passé du proposant, il n'y aura pas à s'en préoccuper. — Il en sera ainsi des trachéo-bronchites, des pneumonies, des pleurésies dont nous avons déjà dit quelques mots. — Ces dernières sont d'un pronostic plus grave. Elles constituent un mauvais antécédent. Si elles ont nécessité l'opération de l'empyème et entraîné après leur guérison un rétrécissement, une déformation du thorax avec compression et sclérose du poumon correspondant, il faudra refuser le proposant.

Il est rare d'observer des troubles fonctionnels purement nerveux. Grand nombre d'asthmatiques sont emphysémateux ou cardiopathes. L'asthme a la plupart du temps une cause organique. Quand il occupe une grande place dans le passé pathologique d'un proposant, il constitue un motif péremptoire de refus, bien qu'il ne soit pas extrême-

ment rare de voir des asthmatiques et des emphysémateux vivre très longtemps. Mais l'assurance ne doit pas tenir compte des exceptions.

II.— *Voies circulatoires.*— Les affections transitoires, accidentelles, et qui disparaissent sans laisser aucune trace, y sont encore plus rares que dans les poumons. En fait de troubles fonctionnels, nous ne trouvons que les palpitations et les syncopes. Elles méritent de nous arrêter un instant.

Palpitations, syncopes, intermittences.— Lorsqu'un sujet accuse dans ses antécédents des *palpitations* avec ou sans tendance à la *syncope*, la première pensée qui doit venir à l'esprit, s'il s'agit d'un homme, c'est qu'il est atteint d'une maladie du cœur. Il est prudent au moins de faire cette supposition. S'il s'agit d'une femme, on songera aussi à une cardiopathie, mais on n'oubliera pas l'autre grande cause qui peut les produire chez elle, c'est-à-dire les névropathies. — Donc, à priori, cet antécédent a beaucoup moins d'importance chez la femme que chez l'homme.

On auscultera, on percutera le cœur et les gros vaisseaux thoraciques, avec la plus scru-

puleuse attention. On explorera les artères, on étudiera le fonctionnement et l'état organique des poumons, etc. En un mot, on s'évertuera à chercher la cause organique du désordre fonctionnel.

Si on en découvre une, l'exclusion sera formellement prononcée.

Si les résultats de l'investigation sont négatifs, l'admission sera possible, mais il faudra se rendre un compte exact des causes qui ont pu produire, à telle ou telle époque, les palpitations et les syncopes.

Celles qui dépendent d'une névropathie, de l'hystérie, par exemple, rentrent dans le pronostic de cette névrose qui est acceptable dans la majorité des cas.

Celles qui se rattachent à un état goutteux ou arthritique n'excluent pas formellement l'assurance, mais elles sont pourtant plus graves que les précédentes.

Celles qui dépendent d'un trouble des fonctions digestives, de l'abus du tabac, du café, du thé, n'impliquent pas un refus formel.

Il y en a même un grand nombre qu'on admettra, surtout si les attaques de palpitations remontent à l'adolescence, si elles ont

été de plus en plus rares et faibles, et si elles ont disparu depuis longtemps.

Les palpitations, sous quelque forme qu'elles se produisent, sont très inquiétantes pour ceux qui les éprouvent. — Une de leurs modalités les plus communes sont les *intermittences*.

On les observe dans certaines dyspepsies gastro-intestinales, dans l'intoxication théique et tabagique, chez les arthritiques, les névropathes, les hypocondriaques et les goutteux.

Quand elles n'ont aucun substratum organique, elles ne constituent pas un antécédent d'une gravité considérable, surtout si elles ne sont pas permanentes, ne reviennent que par crises rares et sont susceptibles d'être amendées par un traitement et une hygiène convenables.

Il faut savoir cependant qu'à force de persister et de se répéter, elles peuvent, dans certains cas, produire un véritable surmenage du cœur qui devient à la longue une affection cardiaque sérieuse et entraîne l'asystolie.

Lorsque les palpitations et les intermitences s'accompagnent d'un sentiment d'angoisse respiratoire, d'une tendance très pro-

noncée à la syncope et d'irradiations névralgiformes à gauche, dans le parois thoracique et le membre correspondant, elles constituent un syndrome fonctionnel sérieux et qui doit faire exclure l'assurance, surtout s'il s'agit d'un homme arrivé à la période moyenne de l'existence ou entré dans la phase de l'involution organique.

§ III. — ANTÉCÉDENTS DU COTÉ DES VOIES DIGESTIVES

Beaucoup de proposants disent qu'ils ont été sujets à des troubles dyspeptiques qui se sont reproduits plusieurs fois sans avoir eu pour eux de conséquences fâcheuses. — Ils rentrent dans la catégorie de ceux qu'on doit accepter. — La jaunisse ne constitue pas non plus un antécédent grave, à la condition toutefois qu'elle ne soit pas répétée trop fréquemment, ne soit pas survenue dans les pays chauds et n'ait pas été le symptôme d'une affection grave et organique du foie.

Les antécédents sérieux du côté du tube di-digestif sont : — l'hématémèse dont nous avons parlé précédemment, — les attaques fréquen-

tes de gastralgie avec vomissements et altération de la santé générale, — l'ulcère simple de l'estomac, — les hépatites suppurées, — les kystes hydatiques du foie, — la syphilose hépatique, — les coliques hépatiques, — les engorgements chroniques de la rate, — les dyssenteries, — les typhlites et pérityphlites chroniques et surtout suppurées, — l'occlusion intestinale, — l'ascite, — les péritonites.

Admettons qu'au moment où ils se présentent à l'examen les proposants accusent une de ces affections dans leurs antécédents : faudra-t-il les admettre, les exclure, les ajourner ?

1° Les *hématémèses* se rattachant à la ménopause ou à la déviation du flux menstruel, les attaques peu sévères et rares de *gastralgie*, les *hépatites simples* anciennes et bien guéries, les anciennes affections hépato-spléniques et dyssenteries des pays chauds guéries depuis de nombreuses années, avec retour complet à la santé normale, les typhlites accidentelles guéries sont des antécédents qui n'impliquent pas le refus.

2° La lithiase biliaire, la syphilose hépatique, l'ascite, les péritonites, les attaques de volvulus, d'occlusion intestinale, les héma-

témèses répétées, l'ulcère simple, les pérityplites suppurées, sont des antécédents qui, bien que guéris, doivent faire refuser l'assurance, parce qu'ils sont susceptibles de se reproduire à cause de la persistance de lésions latentes et de la permanence de certaines maladies constitutionnelles dont ils sont une émanation.

§ V. ANTÉCÉDENTS DU CÔTÉ DE L'APPAREIL GÉNITO-URINAIRE

Ils sont nombreux, et la plupart présentent une gravité très grande.

A.— Parmi eux viennent en première ligne ceux qui se rattachent à une *maladie des reins*. Cet organe ne devient pas malade impunément pour la santé générale ; il l'est rarement d'une façon transitoire, parce que les affections dont il est atteint se rattachent presque toujours à une maladie constitutionnelle.

Il sera donc prudent d'exclure de l'assurance les proposants qui accusent dans leur passé pathologique des néphrites aiguës, y eût-il quelques raisons de croire qu'elles sont guéries définitivement. Sur ce point, cependant, il ne faudrait pas se montrer trop exclusif.

Mais, en général, on n'acceptera pas les sujets chez lesquels la gravelle existe à l'état permanent, avec ou sans coliques néphrétiques. — Au sujet des coliques néphrétiques, l'hésitation sera permise, s'il n'y en a eu que quelques attaques très légères et éloignées. Une seule, remontant très loin, ne ferait point refuser l'assurance.

Concluons, qu'en général la lithiase rénale, comme la lithiase biliaire, est un de ces antécédents qui ne doivent pas trouver grâce.

Nous en dirons autant de tout le groupe des néphropathies constitutionnelles et dyscrasiques, avec albuminurie et dégénérescence amyloïde, etc. — Si on en trouve des traces dans le passé d'un proposant, on n'hésitera pas à le refuser.

B. — Du côté de la *vessie*, il y a des antécédents moins graves, et quelques-uns d'entre eux ne seront presque jamais un motif d'exclusion. Telles sont les atteintes légères de cystite du corps et du col de la vessie, d'origine rhumatismale ou blennorrhagique, surtout si elles se sont produites à une époque très éloignée de l'examen.

Au sujet de ces affections, comme de toutes

celles des voies génito-urinaires, il y a une remarque générale à faire : l'âge a une grande influence sur leur pronostic. Ainsi, tel ou tel catarrhe de la vessie qui serait insignifiant dans la jeunesse, devient plus sérieux dans l'âge mûr et inquiétant dans la vieillesse.

Les hémorrhagies vésicales répétées sont un très mauvais antécédent.

La *pierre* et les *calculs vésicaux* soulèvent une question embarrassante. Faudra-t-il accepter les proposants qui en ont été délivrés par l'opération de la taille ou de la lithotritie?

Si le cas se présente, le médecin examinateur demandera une consultation avec le médecin ordinaire du proposant et le chirurgien qui l'a opéré. A eux trois, ils rédigeront un mémoire qui sera soumis à l'appréciation de la Compagnie. — On ne peut rien préjuger d'avance sur ce qui sera décidé.

La même conduite sera tenue quand il s'agira de ces grandes opérations qui sont entrées aujourd'hui dans la pratique courante de la chirurgie, et qui ont pour but d'enlever des *tumeurs de l'ovaire*, de l'*utérus*, des *reins*, etc. — Les proposants guéris de ces opérations ne seront pas acceptés ou refusés sur le seul

avis du médecin examinateur. Il faudra convoquer le médecin ordinaire et le chirurgien, demander leur avis et le soumettre à la Compagnie avant de prendre une décision.

C. — Chez l'homme, les maladiès des *voies urinaires* sont beaucoup plus nombreuses, plus complexes et plus dangereuses que chez la femme. Les affections du *canal de l'urèthre*, de la *prostate* et de la vessie ne contre-indiquent pas toutes l'assurance, surtout quand elles n'existent qu'à titre d'antécédents ; mais, comme elles ont une grande tendance à la chronicité, elles exigeront une exploration complète dont nous nous occuperons plus tard.

Bornons-nous à dire ici que les rétentions d'urine répétées, les rétrécissements de l'urèthre qui récidivent, les attaques de prostatite plus ou moins fréquentes, sont au nombre des antécédents qui feront presque toujours refuser.

Il en sera de même des antécédents du *testicule* se rattachant au *sarcocèle tuberculeux* de l'organe. Ce sarcocèle, fût-il guéri depuis longtemps, eût-il été enlevé sans conséquences fâcheuses, on fera bien de refuser.

Il en sera de même, à plus forte raison, pour les *tumeurs malignes du testicule.*

Mais les *orchi-épididymites*, blennorrhagiques, ou d'une autre provenance, certains *sarcocèles syphilitiques*, les *hydrocèles*, doivent être comptés au nombre des antécédents qui ne contre-indiquent point l'acceptation.

D. — Chez la femme, ce sont surtout les maladies de l'appareil génital, c'est-à-dire de l'*utérus* et des *ovaires*, qui fournissent les antécédents les plus sérieux et les plus compliqués. Nous avons déjà parlé des métrorrhagies.

Les attaques répétées de *métrite* et surtout de *périmétrite*, de *pelvipéritonites*, d'*ovarites*, etc., feront, en général, refuser les proposantes, quand même leur santé génitale au moment de l'examen serait dans des conditions favorables.

On excepterait de cette exclusion les femmes qui auraient dépassé l'âge de la ménopause sans accidents sérieux, et chez lesquelles cette période critique aurait éteint définitivement les mouvements congestifs et inflammatoires qui se rattachent à la fluxion cataméniale.

Le médecin n'oubliera pas que chez beaucoup de femmes les antécédents de périmétrite et de pelvipéritonite ont souvent une signification tuberculeuse plus accentuée et plus sévère que le sarcocèle tuberculeux chez l'homme.

E. — Les antécédents relatifs à la grossesse qui doivent faire refuser l'assurance sont : 1° les avortements répétés ; 2° les hémorrhagies puerpérales et les attaques d'éclampsie ; 3° les dystocies ayant nécessité des opérations obstétricales, etc.

Mais tous ces antécédents seront comme non avenus si la proposante, ayant surmonté toutes les complications de ses grossesses, sans que sa santé en ait subi aucune atteinte sérieuse, a dépassé l'âge où on peut devenir enceinte.

TROISIÈME PARTIE

EXAMEN CLINIQUE DES PROPOSANTS

Après les développements considérables que nous avons donnés à la question de l'hérédité et aux antécédents morbides, nous estimons que notre tâche est à peu près terminée. Quand on est amplement édifié sur ces deux questions capitales, on possède presque toutes les données nécessaires pour apprécier les chances de vie ou de mort et résoudre d'une façon approximative le problème de la longévité.

Dans cette troisième partie de notre ouvrage, nous serons, donc aussi courts, mais en même temps aussi précis que possible. — Nous nous bornerons à tracer en quelques mots les types morbides des proposants qu'il faut ajourner ou refuser, et nous énumérerons, en les jugeant sommairement au point de vue

du pronostic, les signes caractéristiques qui constituent pour ainsi dire les traits de leur physionomie.

Ces signes, nous supposons avec la plus entière confiance que le médecin saura les découvrir. Nous n'écrivons point ici un traité de séméiotique. Aussi éviterons-nous avec soin, sauf quand cela nous paraîtra absolument nécessaire, d'aborder les questions techniques de l'exploration.

Tout médecin auquel on confie la tâche souvent si délicate de se prononcer sur les risques que les maladies font courir à la longueur moyenne de la vie, ne doit être étranger à aucune des méthodes employées pour découvrir les états morbides des fonctions, des organes et des appareils, etc.

Du reste, on se trouve, dans la très grande majorité des cas, en présence de sujets qui présentent des conditions de santé satisfaisantes au moment de l'examen. A supposer qu'ils soient atteints de telle ou telle affection, il n'y a jamais chez eux que quelque point circonscrit qui est touché. On le découvre assez vite quand l'interrogatoire l'a désigné d'avance.

Mais quelquefois le malade ne le soup-

çonne pas ou le passe sous silence. En pareil cas, il faut un peu plus de temps et de patience pour le trouver; cependant on y arrive toujours, quand on se donne la peine de faire une exploration complète. Il est donc indissable de passer en revue tous les appareils.

Nous n'avons pas besoin de nous égarer dans des subtilités ou des finesses de diagnostic; elles seraient inutiles. L'essentiel, c'est de ne pas laisser échapper les grands signes révélateurs de maladies obscures, latentes, encore à l'état naissant, frustes, à peine ébauchées, et de porter sur leur pronostic un jugement aussi motivé et aussi ferme que si tous leur processus organique et fonctionnel s'était déjà déroulé sous nos yeux.

C'est ce que nous allons essayer de faire en étudiant successivement les différents systèmes ou appareils de l'économie.

§ I. — SYSTÈME NERVEUX

Le diagnostic des maladies du système nerveux repose principalement sur les notions qui nous sont fournies par les anté-

cédents héréditaires et morbides. — Les proposants, lorsqu'ils se présentent à l'examen, n'ont point ces grands troubles fonctionnels que produisent les lésions graves du cerveau et de la moëlle épinière. Ils ne sont pas en proie aux attaques des grandes névroses.

Il y a donc toute une catégorie d'affections nerveuses dont nous n'avons pas à nous préoccuper ici. Tout ce que nous avions à en dire se trouve dans la première et dans la seconde partie de ce livre.

Il existe une autre catégorie de sujets, menacés ou déjà atteints d'une affection grave du système nerveux, et qui néanmoins se présentent pour se faire assurer. Chez eux, on découvre des symptômes quelquefois très vagues, mais déjà capables de révéler leur avenir pathologique. — De ce nombre sont les paralytiques généraux, les tabétiques, certains cérébropathes menacés de ramollissement, ceux chez lesquels débute une paralysie labio-glosso-laryngée et, enfin, les alcooliques, que nous plaçons ici parce que les principaux signes décelant chez eux l'intoxication, sont d'ordre nerveux.

Premier type. — Un proposant, d'appa-

rence assez bonne, a la parole lente, saccadée, incertaine ; il fait quelques pauses entre les mots et les syllabes; la mémoire paraît lui faire défaut à chaque instant ; il lui échappe certains propos incohérents ; il se vante avec quelque exaltation de posséder une santé merveilleuse qui lui permet d'exécuter encore des prouesses gastronomiques et génitales extraordinaires.

Tout en parlant ainsi, ses lèvres sont agitées d'un frémissement fibrillaire et comme vermiculaire. Sa langue tremble. Ses yeux ont quelque chose d'insolite, parce que les pupilles en sont inégalement dilatées. Ses membres inférieurs semblent manquer de force et la station debout, ainsi que la marche, sont un peu défectueuses comme équilibre et solidité...

Supposez tous ces signes aussi atténués que possible, il n'en faudra pas plus pour vous faire diagnostiquer une paralysie générale au début ou, tout au moins, pour vous en suggérer la possibilité. — Or, du moment que vous craindrez chez le proposant une pareille éventualité, n'hésitez pas à le refuser ou à l'ajourner.

Deuxième type. — Chez un autre proposant, qui ne présente aucun trouble du côté des fonctions intellectuelles, vous constatez un léger degré d'incohérence et quelques vacillations dans la marche ou la station.

Que ces symptômes, si peu prononcés qu'ils soient, attirent immédiatement votre attention sur l'ataxie locomotrice, si les antécédents du malade ne vous en ont pas déjà fait soupçonner l'existence.

Il y a beaucoup de sujets qui, avant d'en arriver à cette ébauche d'incoordination sont tabétiques depuis longtemps. N'oubliez pas que les symptômes les plus importants sont les douleurs fulgurantes, la diplopie, les parésies ou les paralysies des muscles de l'œil. Notez aussi, parmi les phénomènes préataxiques si nombreux et si complexes, les pseudo-rhumatismes vagues et disséminés partout, l'impuissance génitale, la paresse de la vessie, etc.

Pour corroborer votre diagnostic, faites marcher le sujet les yeux fermés, faites-le tourner brusquement sur lui-même, se tenir debout sur une seule jambe, sauter à cloche-pied, etc., et vous verrez alors l'incoordination s'accentuer à un haut degré.

Enfin, interrogez le réflexe du tendon rotulien (1); s'il est affaibli et à plus forte raison aboli, n'ayez plus aucun doute sur l'existence du tabes et refusez le proposant.

Il y a sans doute des cas où il est difficile de se prononcer. Que faire alors? — Ajourner l'assurance. Le risque est trop grave pour que le moindre soupçon ne s'oppose pas à l'acceptation.

Troisième type. — C'est celui que présentent les individus menacés d'un ramollissement cérébral : embarras de la parole, lenteur des

(1) On a insisté beaucoup, dans ces dernières années, sur l'importance clinique des phénomènes réflexes, connus sous le nom de réflexes tendineux. Le plus important de ces réflexes est celui qui a été décrit sous le nom de *réflexe du tendon rotulien*, de *phénomène du genou*, de *réflexe patellaire*, etc. On l'obtient lorsque, le genou étant fléchi de manière que la jambe puisse se mouvoir librement, on frappe, à l'aide du bord de la main ou d'un marteau à percuter, le tendon rotulien. Sous l'impression de ce choc, le triceps se contracte inconsciemment et la jambe est projetée en avant. — Ce réflexe s'observe chez presque tous les individus sains. Il fait à peine défaut chez une personne sur cent. Il n'acquiert de signification pathologique, que quand il est notablement exagéré (dégénérescence descendante des cordons latéraux, hémiplégie, etc.), ou quand il est aboli, comme dans l'ataxie. Il y a des pathologistes qui croient que sur sa seule abolition on peut presque affirmer l'existence du tabes,

idées, lapsus de la mémoire, une certaine hébétude, l'affaissement des traits, quelquefois avec un peu de déviation à droite ou à gauche, etc.

Que ces sujets s'attendrissent tout à coup, même faiblement, en vous racontant leur histoire ; qu'il y ait dans leurs antécédents héréditaires ou morbides des raisons de croire à l'imminence d'une lésion cérébrale, et il n'en faudra pas davantage pour prononcer le refus ou tout au moins l'ajournement.

Quatrième type. — On le rencontre très rarement. C'est celui qu'offrent les personnes au début de la paralysie labio-glosso-laryngée, lorsque la maladie n'en est encore qu'à la gêne de la prononciation et de la déglutition. — La salive, qui est difficilement avalée, s'accumule dans la bouche et souvent elle devient visqueuse, gluante, et les malades se nettoient sans cesse les lèvres avec leurs doigts et leur mouchoir. — Ils ne peuvent plus prononcer convenablement les voyelles *o*, *i*, ni siffler ; leur bouche s'élargit, leur physionomie a un air pleureur, etc., etc. — Que ces traits, si vagues et si atténués que vous les supposiez, vous tiennent en défiance.

Si vous avez le moindre doute, prononcez l'ajournement.

Le refus est formel quand la maladie est confirmée, parceque la mort à assez brève échéance en est la terminaison inévitable.

5e TYPE. — Le type alcoolique nerveux est aussi commun que le précédent est rare. Tout le monde le connaît ; aussi, est-il inutile d'y insister. Le tremblement est un de ses symptômes les plus constants et les plus précoces ; il est beaucoup plus prononcé aux membres supérieurs qu'aux membres inférieurs, et plus le matin, à jeun, que dans la journée. Les libations matinales contribuent à le faire disparaître.

Si on le constate d'une façon très nette chez des individus que leurs antécédents et leurs professions dénoncent déjà comme alcooliques, il suffira à lui seul pour faire rejeter l'assurance. Sans doute, on voit des personnes échapper aux graves conséquences de l'alcoolisme et vivre très longtemps, mais c'est exceptionnel.

Aussi, comme nous l'avons déjà dit, le refus est la règle générale.

Seulement, avant de le prononcer, le mé-

decin ne se contentera pas du seul signe, le tremblement ; il étudiera aussi les troubles de la sensibilité (hyperesthésie, anesthésie), l'état moral, les troubles sensoriels, les fonctions et les conditions organiques du foie, du cœur et des artères, etc.

Tremblement. — On a pu voir, d'après ce qui précède, que le *tremblement* est un signe très important en clinique. On l'observe dans beaucoup d'intoxications, dans quelques affections des centres nerveux, dans la sclérose en plaques, dans la paralysie agitante, dans la vieillesse, etc.

Toutes ces variétés de tremblement contre-indiquent à peu près toujours l'assurance.

On aura soin de ne pas les confondre avec le tremblement que suscite chez les personnes impressionnables l'examen médical pour une affaire aussi importante que l'assurance sur la vie. Nous en avons vues dont l'émotion était si vive qu'elles parvenaient difficilement à donner leur signature. — Ce ne sera pas là un motif suffisant de refus. Défiez-vous, cependant, des sujets qui sont si peu maîtres d'eux-mêmes.

Nous nous en tiendrons aux principaux

types qui précèdent. Il y en a beaucoup d'autres dans la pathologie nerveuse, mais nous en avons déjà parlé, et puis les personnes qui sont affligées de paralysies permanentes, de contracture, de chorées symptomatiques, etc., ne se présentent pas à l'assurance sur la vie.

L'*examen ophtalmoscopique de l'œil*, surtout celui de la *rétine*, est quelquefois nécessaire et même indispensable pour diagnostiquer certaines cérébropathies organiques dont l'existence ne s'est pas encore révélée par les troubles fonctionnels qu'elles produisent ordinairement.

Cet examen est d'un grand secours non seulement dans la plupart des affections cérébrales, mais aussi dans la glycosurie, l'albuminurie, la syphilis, pour découvrir des lésions caractéristiques dont l'étude aide puissamment au diagnostic (1). — Il faudra donc le pratiquer soi-même ou le demander à un médecin oculiste, dans les cas où on ne pourrait pas se prononcer sans lui. — On étu-

(1) L'étude du fond de l'œil a été érigée en méthode de diagnostic pour les lésions du cerveau et de la moelle, sous le nom de *cérébroscopie*, par M. le Dr Bouchut.

diera également la diminution de l'acuité visuelle et le fonctionnement des muscles moteurs de l'œil.

Nous nous sommes expliqués précédemment sur cette dernière question. La *diplopie* et le *strabisme* sont au nombre des signes qui exigent l'ajournement ou imposent le refus dans presque tous les cas, surtout si on en constate soi-même l'existence et qu'on ait des raisons de leur attribuer pour cause une lésion organique ou une dyscrasie grave (1).

Certaines affections de l'oreille, qu'on pourrait croire peu dangereuses, entraînent parfois la mort quand elles se propagent dans l'intérieur du crâne. Aussi faut-il se défier des *otites purulentes* de l'oreille moyenne et même de l'oreille externe. Il arrive trop fréquemment que celles dont le pronostic paraissait bénin se compliquent inopinément d'une méningite mortelle. — Un de nos spécialistes les plus savants sur les maladies de l'oreille, M. le Dr Ladreit de la Charrière, nous racontait récemment que maintes fois il avait vu des malades

(1) Nous renvoyons aux traités d'ophtalmologie pour le détail des différents moyens d'exploration auxquels on a recours dans la mesure de l'acuité visuelle, du champ visuel, de la diplopie, etc.

atteints d'un simple otorrhée purulente périr rapidement par l'extension du processus inflammatoire aux méninges.

La conclusion à en tirer, c'est qu'il faut apporter la plus grande réserve dans l'acceptation chez les proposants qui sont atteints d'écoulements chroniques des oreilles. — Si ces écoulements sont accompagnés d'un affaiblissement très considérable de l'ouïe ou de son abolition, s'ils procèdent des parties profondes de l'oreille, à plus forte raison s'ils résultent d'une altération osseuse du rocher, l'assurance sera refusée.

§ II. — VOIES RESPIRATOIRES

Dans la partie supérieure des voies respiratoires, on trouve d'abord les narines, les fosses nasales, l'arrière-gorge. Les polypes, les ulcérations, les caries et les névroses, les tumeurs de toute sorte qui sont susceptibles de s'y développer, feront exclure l'assurance.

Dans le larynx, on tiendra pour suspects les enrouements, les éraillements de la voix, l'aphonie complète ou incomplète, et on re-

cherchera quelles sont les lésions locales qui donnent lieu à ces troubles fonctionnels. On remontera jusqu'aux causes générales diathésiques (tuberculo-scrofulose, syphilis) qui les produisent habituellement et en perpétuent la durée.

Les *laryngopathies chroniques* donnent lieu à deux ordres de troubles fonctionnels qui sont loin d'avoir la même importance comme pronostic : les uns se rattachent à la phonation, les autres à la respiration. Les premiers n'entraînent pas nécessairement les seconds. On voit beaucoup de personnes qui, pour une raison ou pour une autre, ont la voix rauque, cassée, éteinte, sans que la grande fonction respiratoire soit en souffrance. Cette catégorie de laryngopathes peut, à la rigueur, être acceptée. Mais il sera nécessaire, au préalable, de s'assurer de *visu*, au moyen de l'examen laryngoscopique, qu'il n'existe en aucun point du larynx une lésion grave, susceptible de s'accroître progressivement et de devenir, à un moment ou à un autre, le point de départ d'un œdème de la glotte. — Quant aux laryngopathes avec gêne habituelle ou paroxystique de la respiration, on doit les exclure formellement

de l'assurance, et il ne sera pas nécessaire pour eux de recourir à l'examen laryngoscopique. L'existence seule du trouble respiratoire sera un motif très suffisant de refus.

Les tumeurs du cou, ganglionnaires ou autres, l'hypertrophie du corps thyroïde, surtout si elle n'est pas congénitale et s'est développée brusquement, les productions morbides des médiastins qui gênent la circulation de la veine cave supérieure, des jugulaires et des sous-clavières, etc., contre-indiquent, est-il besoin de le dire, l'acceptation d'une manière formelle. — Mais ce ne sont point ces graves lésions qu'on rencontrera chez les proposants. Il n'y a donc pas à s'en préoccuper.

Ce qu'on rencontrera, ce sont des sujets qui ont une mauvaise conformation du thorax (1), qui s'enrhument souvent, qui sont un

(1) Parmi les causes de déformation du thorax il faut mettre en première ligne le *rachitisme*. Cette grave affection qui survient chez les enfants du premier âge, est guérie à l'époque où on contracte les assurances. Mais il n'est pas ainsi de ses suites, c'est-à dire des déformations osseuses caractéristiques qui sont irrémédiables. — Parmi elles les plus dangereuses sont celles de la cage thoracique et du bassin.

Le thorax des rachitiques, dont la conformation est bien connue, apporte une gêne considérable au fonctionnement des divers organes qui y sont contenus et notamment à la respiration. Le cœur aussi est chez eux fréquemment hypertrophié. Il n'est pas rare de voir

peu emphysémateux, catarrheux, ou chez lesquels il y a des raisons plus ou moins sérieuses de soupçonner la phtisie pulmonaire, etc..

alors des affections bronchiques, bénignes en apparence, revêtir promptement de sérieux caractères de gravité, et entraîner la mort par asystolie. — Chez les femmes les déformations rachitiques du bassin sont une des causes les plus fréquentes de *dystocie.*

Le rachitisme, même guéri depuis longtemps, peut donc être une cause très certaine de mort précoce. Il porte une atteinte grave, dans la plupart des cas, aux chances de longévité. — Aussi donnons-nous comme conclusion à son égard, qu'il doit toujours être, sauf dans des cas très exceptionnels, un motif absolu de rejet.

Les diverses déviations essentielles soit latérales soit antéro-postérieures, *scoliose*, *cyphose*, *lordose*, ne paraissent pas avoir sur l'organisme, dans les cas peu prononcés, une influence fâcheuse. Elle l'est infiniment moins que celles du rachitisme. — La cyphose et la lordose, beaucoup plus rares que la scoliose, ont aussi moins de gravité.

Lorsque la scoliose est très prononcée, elle entrave considérablement les fonctions pulmonaires et cardiaques et doit être alors, au même titre que le rachitisme, un motif formel de refus. — Dans les cas légers et même moyens, les fonctions générales sont très peu atteintes; de plus, les troubles cardio-pulmonaires, s'ils ne font jamais complètement défaut, n'y sont ordinairement qu'à peine ébauchés. — Aussi, la plupart des cas rentrant dans cette catégorie sont-ils susceptibles d'être acceptés. (Voyez sur cette question les remarquables leçons du Dr de Saint-Germain sur la *chirurgie orthopédique*; et, pour les maladies de l'enfance, le *Manuel* si excellent et si complet de M. le Dr Descroizilles sur la *Pathologie et la clinique infantiles*).

Passons rapidement en revue les différents types de ces pneumopathes. La rétraction et le rétrécissement d'un côté du thorax, dont nous avons dit plus haut quelques mots, s'observent d'ordinaire à la suite de grands épanchements pleurétiques résorbés ou évacués. Le poumon, comprimé pendant des mois par le liquide de l'épanchement, bridé plus tard par des adhérences de plus en plus rétractiles, devient incapable de reprendre son volume primitif. La moitié correspondante du thorax subit alors une diminution de tous ses diamètres : elle s'aplatit et se déprime, les espaces intercostaux deviennent plus étroits, l'épaule correspondante s'abaisse, la colonne vertébrale s'incurve du côté malade etc. Cette scoliose déplace parfois les organes voisins, le cœur et le foie. Elle entrave les fonctions cardio-pulmonaires et contribue certainement par elle-même, et indépendamment des causes générales dont elle est une conséquence médiate, à diminuer les chances de longévité. Aussi, fera-t-on bien de refuser les personnes qui en sont atteintes, alors même que le poumon du côté sain et le cœur fonctionneraient librement et ne présenteraient aucune lésion.

Il existe une déformation particulière qu'on a désignée sous le nom de *thorax paralytique*. Elle est congénitale la plupart du temps et semble dépendre d'un développement incomplet de la cage thoracique. Le thorax est affaissé et allongé; les régions sus et sous-claviculaires sont aplaties, les omoplates écartées du tronc, etc. Les individus qui présentent une semblable conformation thoracique sont en général prédisposés aux affections des voies respiratoires et plus particulièrement à la phtisie. — Ils appartiennent à la catégorie des pneumopathes qu'on doit refuser, bien qu'ils ne soient pas condamnés sans appel à devenir tuberculeux.

L'agrandissement de toute la cage thoracique sous forme de dilatation bilatérale plus ou moins globuleuse, atteint son maximum dans l'emphysème pulmonaire. — Quand ce mode de déformation est très peu prononcé, il ne contre-indique point l'assurance. Elle est subordonnée, du reste, en pareil cas, à l'état du poumon et des bronches, au fonctionnement du cœur, etc. — Quant aux dilatations unilatérales, elles sont dues à la présence d'un liquide ou d'un gaz dans la cavité de la plèvre, mais les personnes qui la pré-

sentent ne cherchent point à s'assurer. Grâce à l'auscultation et à la percussion, il est très facile aujourd'hui de diagnostiquer les maladies du poumon. Aussi, le médecin examinateur sera-t-il rarement embarrassé pour se prononcer sur celles qui existent et qui, par leur chronicité et leur marche progressive, doivent fatalement diminuer la durée moyenne de l'existence.

Conclusions :

1° Les catarrhes bronchiques, même légers, qui sont plus prononcés au sommet qu'à la base, qui s'accompagnent de quelques dérangements plus ou moins sérieux de la santé générale et que les antécédents permettent de rattacher à une prédisposition tuberculeuse, seront refusées.

Au sujet de la chlorose, nous avons parlé de ces phtisies à l'état naissant, qui ne présentent pas encore de signes physiques positifs, et dont le diagnostic est si délicat et entouré de tant de difficultés. C'est en pareil cas qu'il faut recourir à tous les procédés d'exploration, si on veut se prononcer en connaissance de cause. L'emploi clinique du spiromètre (1) comme moyen de diagnostic

(1) Spiromètre de Hutchinson, de Wintrich, de

peut fournir des renseignements utiles. — Un autre procédé qui donnera des résultats encore plus probants, c'est l'analyse miscroscopique des crachats, si on arrive par elle à découvrir le bacille de la tuberculose. Cette question est encore à l'étude. Il est bon de la signaler, mais il ne faudrait pas en exagérer l'importance, car d'une investigation négative on ne devrait point conclure formellement qu'il n'existe encore aucune granulation tuberculeuse dans le poumon.

2° Les catarrhes bronchiques peu prononcés, quoique chroniques, sujets à de longues périodes d'accalmie et sans influence fâcheuse sur la santé générale, pourront être acceptés,

Boudin. Le procédé qui donne le plus rigoureusement la capacité respiratoire vitale maximum, consiste à introduire dans la poitrine, par une profonde inspiration, la plus grande quantité d'air possible, pour le renvoyer ensuite dans le spiromètre par une expiration prolongée jusqu'à ses dernières limites.— La diminution de la capacité pulmonaire vitale tient à beaucoup de causes faciles à diagnostiquer sans l'instrument. Celui-ci ne trouve d'applications utiles que dans l'emphysème, mais surtout dans la tuberculisation pulmonaire commençante, alors que l'auscultation, la percussion et la mensuration du thorax ne donnent encore que des résultats peu probants. — Dans les cas où l'on constate une capacité respiratoire vitale au-dessous de la normale, on peut redouter une prédisposition à la tuberculose pulmonaire, sans que celle-ci ait déjà éclaté.

alors même qu'ils s'accompagneraient d'un léger degré d'emphysème.

3° Mais les pneumopathes décidément emphysémateux d'une façon permanente, et, de plus, catarrheux et sujets à des crises d'asthme, seront toujours refusés, surtout si le cœur est touché.

4° Nous pensons aussi que les pneumopathes à crises d'asthme purement nerveux et dégagé de toute complication emphysémateuse (ce qui est rare), catarrhale et cardiaque, ne doivent pas être acceptés.

5° Les bronchites chroniques avec dilatation des bronches, les bronchites gangreneuses, les pneumonies chroniques, les épanchements pleureux, les cancers pleuro-pulmonaires contre-indiquent formellement l'assurance. — Mais ceux qui en sont atteints ne se présentent point. Donc il n'y a pas lieu de nous en occuper ici. Ces types graves de pneumopathes, n'appartiennent pas à la catégorie des proposants habituels.

6° Est-il besoin de dire qu'on devra refuser tout proposant dont la sonorité thoracique et la respiration des sommets présentent des signes équivoques?

Assurément, le pronostic de la phtisie pul-

monaire est un point sur lequel tout le monde est d'accord, mais que de variations il présente suivant les sujets !

Ne voit-on pas quelquefois la phtisie survenir chez des personnes qui ne semblaient point être pour elle un terrain favorable, qui n'y étaient nullement prédisposées par leurs antécédents héréditaires, qui avaient toujours eu jusqu'à l'apparition des phénomènes de de consomption pulmonaire, une santé parfaite et qui étaient placées dans les conditions hygiéniques les plus propres à en préserver ? Quelques mois, quelques jours avant l'apparition des premiers phénomènes thoraciques, (toux, bronchite, hémoptisie) leur acceptation n'aurait fait aucune difficulté. Ne sont-ce pas là des exemples d'une véritable infection ? Mais comment se fait-elle ? Comment la deviner ?

Par contre, ne voit-on pas des tuberculeux avérés vivre fort longtemps ? Nous connaissons une dame qui, dès 1865, avait des cavernes tuberculeuses aux deux sommets et qui présentait tous les symptômes rationnels de la phtisie tuberculeuse. Le diagnostic était catégorique et avait été posé par les premiers médecins de Paris. Personne n'aurait voulu

l'assurer. Eh bien, cette personne vit encore et atteindra peut-être la durée moyenne de l'existence.

Il y a donc, dans un assez grand nombre de cas, des évènements pathologiques qui déjouent les prévisions les plus probables, et le hasard, ou pour parler plus exactement, ce qui échappe encore à nos moyens d'investigation, le *quid divinum* des anciens, se charge souvent de corriger nos pronostics.

Applaudissons-le, malgré l'humiliation qu'il inflige à notre art, quand ceux que nous avions condamnés peuvent se moquer, jusqu'à une vieillesse avancée, de nos sinistres pressentiments.

§ III. — *Appareil de la circulation*

I. *Maladies du cœur.* — Nous nous bornerons à énumérer les signes ou les groupes de signes dont la constatation bien positive impose presque toujours le refus. On rapprochera de ces signes fournis par l'examen clinique, les renseignements qu'a donnés la recherche des conditions héréditaires et des antécédents morbides.

Nous ne pouvons pas entrer ici dans de longues considérations sur les maladies du cœur. Mais il est nécessaire de faire remarquer que si, parmi elles, il y a des formes typiques, caractérisées par des signes physiques et rationnels, il en existe d'autres, tout aussi dangereuses, qui évoluent d'une façon absolument latente. Ce sont des formes anormales, incomplètes, frustes, dans lesquelles la maladie se cache, pour ainsi-dire, derrière des troubles fonctionnels qui paraissent étrangers au cœur. Parmi ces formes, il y en a avec prédominance pulmonaire, hydropique, gastro-hépatique, nerveuse, etc. Mais ces cas sont généralement en dehors de ceux qui recherchent l'assurance.

Les cardiopathies qu'on rencontre le plus fréquemment parmi les proposants sont celles qui ne troublent que médiocrement les fonctions cardio-pulmonaires et ne portent encore aucune atteinte sérieuse à la santé générale. Ce sont celles que les malades ignorent eux-mêmes et qui surprennent souvent le médecin par la découverte d'une lésion organique dont rien ne lui faisait soupçonner l'existence.

En pareille occurence, on se trouve pour ainsi dire forcé, à cause du signe physique

bien et dûment constaté, de refuser un sujet qui paraissait être, au premier abord, dans des conditions suffisantes pour l'admission.

Les principaux types de cardiopathie qui imposent le refus sont :

1° *Le type péricardique.* — Frottements dans la région précordiale, signes d'adhérences des deux feuillets du péricarde, etc.— Dans ce type, il y a des cas très légers, sans lésion des orifices, sans hypertrophie du cœur, sans aucun trouble fonctionnel, et chez lesquels le bruit morbide n'a aucune signification de mauvais augure. — On pourrait certainement faire exception pour eux et les admettre.

2° *Type hypertrophique.* — Toutes les hypertrophies cardiaques ne doivent pas être exclues. Il y en a, chez les jeunes gens, qui sont presque physiologiques. Elles disparaissent quand l'équilibre entre le développement des viscères intérieurs et celui de la masse générale du corps est devenu régulier, stable et définitif. — Dans les hypertrophies simples, refusez celles qui s'accompagnent d'une action exagérée du cœur, d'une fréquence très grande du pouls, non pas

passagère et produite par l'émotion que cause l'examen, mais durable et permanente.

Les hypertrophies du ventricule droit avec déviation de la pointe à droite et renforcement du deuxième bruit au niveau de l'artère pulmonaire, doivent toujours être refusées. Elles sont liées aux troubles de la circulation pulmonaire, aux inflammations chroniques des poumons, aux lésions des valvules mitrales et pulmonaires et s'accompagnent presque toujours de dilatation.

Les hypertrophies avec dilatation du ventricule gauche (choc de la pointe en dehors de la ligne mamillaire et plus bas que le niveau du mamelon, matité cardiaque étendue et ovalaire, etc.), seront toujours un motif d'exclusion.

Il en sera de même pour l'hypertrophie cardiaque accompagnée du bruit de galop, c'est-à-dire du dédoublement du premier bruit. M. le professeur Potain a démontré qu'elle était symptomatique de la sclérose du rein. On trouve aussi le bruit de galop dans la sclérose artérielle généralisée, dans certaines insuffisances mitrales et surtout dans un groupe d'affections gastro-hépatiques, signalé par M. Potain.

Les affections rénales, d'après ce médecin, seraient caractérisées par un *rythme de galop dans la région de la pointe*, et les affections hépatiques par un *rythme de galop épigastrique*.

En général, les *dédoublements et redoublements des bruits du cœur* sont des signes fâcheux. Quelquefois, pourtant, ils se produisent à l'état normal, et la respiration a sur eux une influence considérable. Ce fait a été constaté par M. Potain 99 fois sur 500 individus. Le dédoublement est presque toujours systolique, rarement diastolique. — Les dédoublements pathologiques se distinguent du dédoublement physiologique par ce fait qu'ils sont indépendant des mouvements respiratoires.

Le type hypertrophique s'associe à presque tous les autres types de cardiopathies.

3° *Type aortique*. — A. Rétrécissement aortique : Souffle systolique au niveau du deuxième espace intercostal droit, se prolongeant dans l'aorte et les gros vaisseaux, mais pas très loin, rude, râpeux. S'il existe sans chloro-anémie et que le pouls soit petit, dur et ralenti, il est organique. Les souffles de la

base, qui sont les plus communs, tiennent à diverses causes et sont quelquefois difficiles à diagnostiquer entre eux. — Le médecin est souvent fort embarrassé pour se prononcer. Y a-t-il ou n'y a-t-il pas lésion organique (Voyez la note de la page 179 de ce volume)? — L'existence de souffles continus avec redoublements (bruits de diable) dans les grosses veines du cou est un bon signe en faveur de la chlorose, etc.

Il y a des lésions organiques très légères de l'orifice aortique qui restent dans le *statu quo* et produisent des bruits intenses hors de proportion avec leur gravité. En pareil cas il n'y a que peu ou pas d'hypertrophie du ventricule gauche et pas du tout de troubles fonctionnels. — Ces types affaiblis et simples de la lésion aortique pourraient à la rigueur ne pas être exclus de l'assurance.

B. Insuffisance aortique : Souffle diastolique, au niveau du deuxième espace intercostal, ayant son maximum à la base du cœur, doux, aspiratif, prolongé, s'étendant à la partie supérieure du sternum et quelquefois dans les vaisseaux du cou ; battements carotidiens très intenses, pouls brusque, bondissant, comme produit par la détente d'un res-

sort, mais se laissant aussitôt déprimer, dicrote en outre, double souffle crural, etc. — L'existence d'un pareil souffle diastolique à la base, doit toujours faire refuser le sujet qui le présente, réunît-t-il d'ailleurs toutes les conditions suffisantes d'admissibilité (1).

(1) Voyez sur cette question l'ouvrage du Dr Charles Mauriac : *Essai sur les maladies du cœur. — De la mort subite dans l'insuffisance des valvules sygmoïdes de l'aorte.*

Les bruits de souffles diastoliques ont une signification généralement plus grave que les bruits de souffle systoliques. Presque tous, en effet, indiquent l'existence d'une lésion organique, soit d'un anévrysme aortique, soit principalement, et dans la grande majorité des cas, d'une insuffisance des valvules sygmoïdes de l'aorte.

Il en faut conclure que tout bruit de souffle diastolique doit contre-indiquer l'assurance, car les affections aortico-cardiaques, dont il est un des signes, comptent parmi les cardiopathies très dangereuses, puisque, plus que toutes les autres, elles exposent à la mort subite.

Mais n'y a-t-il pas des bruits de souffles diastoliques qui tiennent à d'autres causes que l'insuffisance aortique et les anévrysmes de l'aorte ? — On a vu plus haut que dans la chlorose on entend parfois, à la base, des souffles diastoliques extra-cardiaques. D'après M. Litten, ces souffles diastoliques et non organiques, propres à la chlorose, seraient accidentels, transitoires, et auraient probablement pour cause l'afflux excessif du sang dans l'oreillette droite au début de la diastole. M. Litten invoque à l'appui de sa théorie les expériences de M. Chauveau sur les pressions intra-cardiaques et la coexistence des bruits de diable avec les bruits diastoliques.

Organiques ou non, les bruits cardiaques diastoli-

4° *Type mitral.* — A. rétrécissement de l'orifice mitral : Souffle présystolique ou diastoliques possèdent leur maximum vers le sternum, avec cette différence que, dans la chlorose, ils occupent la veine cave et augmentent d'intensité quand l'oreille de l'observateur se déplace, soit vers le cou, soit vers l'épigastre.

Les bruits de souffle diastoliques, organiques ou non organiques, peuvent être simulés à s'y méprendre par des frottements péricardiques. — La péricardite peut persister pendant des mois à l'état de péricardite plastique sans épanchement ; elle est alors constituée par un exsudat fibrineux plus ou moins dense, ou bien par un tissu cellulaire plus ou moins lâche, infiltré de matière fibrineuse molle.

Dans ces deux conditions, elle donne quelquefois lieu, ainsi que l'a établi M. le professeur Germain Sée, à des *frottements-souffles* qui ressemblent absolument aux souffles des lésions valvulaires.

Parmi ces frottements-souffles, le plus remarquable est le *frottement-souffle diastolique de la base,* qu'il ne faut pas confondre avec le *souffle de l'insuffisance aortique.* — Si l'on soupçonne que l'erreur est possible, le sphymographe fournira un renseignement d'une réelle importance, en montrant l'absence de tous les caractères du tracé pathognomonique de l'insuffisance aortique.

Conclusions : 1° Tous les bruits de souffles diastoliques indiquant l'existence d'une insuffisance aortique contre-indiquent formellement l'assurance.

2° Les souffles diastoliques non organiques et chlorotiques devront faire prononcer l'ajournement.

3° Il en sera de même des frottements-souffles diastoliques siégeant dans le péricarde, mais là, si le refus n'est pas absolu comme dans l'insuffisance, il s'imposera souvent par le seul fait de la péricardite, à moins qu'elle ne soit guérie depuis longtemps, et cela sans hypertrophie ni lésion d'orifice. De pareils cas pourraient à la rigueur être acceptés.

que avec maximum à la pointe. — B. insuffisance de la valvule mitrale : souffle systolique ayant son maximum d'intensité à la pointe et se propageant vers l'aisselle, etc. — Ces deux souffles organiques feront toujours rejeter l'assurance.

5° *Type dynamique.* — Il n'existe aucune lésion ni aux valvules ni aux orifices. Le cœur a son volume normal. Intégrité organique parfaite ; mais le fonctionnement de l'organe est irrégulier : *Palpitations* sous forme de crises et le plus souvent *intermittences*, *faux pas du cœur*.

Les intermittences cardiaques les plus pénibles et les plus nettement caractérisées, s'observent la plupart du temps sans qu'il y ait aucune lésion organique. — Elles sont alors *réflexes* et symptomatiques d'un mauvais état des voies digestives ou d'une intoxication par le tabac, le café, le thé, etc. — Elles ne contre-indiquent pas formellement l'assurance, à moins qu'elles ne s'accompagnent d'un trouble général et profond de la santé. — On fera bien d'ajourner les proposants qui en sont atteints.

6° *Type tricuspidien.* — Les lésions des

orifices et des valvules du cœur droit sont beaucoup moins fréquentes que celles du cœur gauche, et ne constituent point de types aussi tranchés. Elles sont souvent deutéropathiques. Contentons-nous *de signaler l'insuffisance tricuspide* qui constitue un type assez commun dans les cardiopathies, qu'on pourrait appeler le *type tricuspiden* : souffle systolique, ayant son maximum d'intensité à la partie inférieure du sternum, dilatation du ventricule droit avec *pouls veineux jugulaire*, et *battements hépatiques.* — Si on le trouvait chez un proposant il faudrait toujours refuser l'assurance.

II. *Maladies des artères.* — On cherchera surtout à découvrir les signes de cette artério-sclérose généralisée dont nous avons parlé tant de fois et qui exerce une action si désastreuse sur la nutrition générale. Mais comment deviner que les artères qui se dérobent à nos moyens d'exploration sont atteintes de de dégénérescence athéromateuse? Que celles du cerveau, du foie, du rein, du cœur sont malades ou intactes? — L'exploration des artères superficielles, de la radiale et de la temporale par exemple, suffira pour nous éclairer,

dans une certaine mesure, sur cette importante question. Si elles se présentent sous la forme d'un cordon dur, sinueux, parfois comme annelé, il sera permis d'affirmer que leur athéromasie n'est pas isolée, mais qu'elle s'étend aux diverses branches de l'arbre artériel, depuis l'aorte jusqu'aux capillaires. — L'exploration digitale et surtout le tracé sphygmographique font toujours constater en pareil cas l'existence de ce qu'on nomme le *plateau*. Par ce mot il faut entendre que l'ascension brusque et rectiligne, qui marque le début de la pulsation, ne se termine point par un angle aigu, mais par un *trait horizontal* plus ou moins long qui la sépare de la ligne de descente. Le plateau indique l'affaiblissement ou la perte de l'élasticité artérielle, devenue incapable de réagir avec l'énergie et la promptitude de l'état normal, contre l'ondée sanguine qui l'a préalablement distendue.

Une sénilité anticipée, des artères dures et athéromateuses, avec un plateau très prolongé, sont autant de signes qui, réunis aux antécédents, imposeront le refus.

Seront également refusés les proposants chez lesquels l'exploration de la région aortique ferait percevoir des battements expansifs

et des souffles indiquant l'existence d'un anévrysme de l'aorte, surtout s'il existait en même temps des phénomènes de compression sur la veine cave supérieure, la trachée, etc. (1).

III. *Maladies des veines.* — La *phlébite* fera toujours rejeter l'assurance, principalement si elle siège sur les veines de gros calibre et dans des points rapprochés du tronc.

Si on trouvait chez un proposant des signes positifs d'une oblitération ou d'une compression de la veine cave supérieure, on le refuserait. — On le refuserait également s'il avait aux extrémités inférieures de grosses varices enflammées, ulcérées et oblitérées par des caillots. — Mais un état variqueux, simple et

(1) Dernièrement l'auscultation de la région aortique chez un proposant âgé de 41 ans, cuisinier, nous fit percevoir dans la région de l'aorte et du cœur des bruits continus, avec redoublement, d'une intensité singulière. Nous crûmes d'abord qu'il s'agissait d'un anévrysme de l'aorte. Mais nous ne tardâmes pas à découvrir que ces bruits avaient leur foyer à la partie interne et supérieure du bras dans l'aisselle gauche. Ils provenaient d'un anévrysme artérioso-veneux, consécutif à un coup de baïonnette reçu en ce point pendant la guerre de 1870. La guérison de la blessure avait eu lieu au bout de trois semaines et, depuis, le sujet avait toujours eu une santé parfaite. L'existence de cet anévrysme artérioso-veineux si bruyant qui remontait à seize ans ne nous empêcha pas d'accepter l'assurance.

peu prononcé des jambes, ayant toujours été et étant encore exempt de toute complication, au moment de l'examen, ne constituera presque jamais à lui seul un motif suffisant de refus.

§ IV. — *Maladies de l'appareil digestif*

Il y a des affections chroniques de la langue qui aboutissent fréquemment au cancer. Ce sont celles qui ont été décrites sous le nom de *psoriasis lingual.* (1) — Quand ce psoriasis, après avoir passé, sans que rien pût l'arrêter, de la phase érythémateuse à la phase scléro-squameuse, a produit sur l'organe des exulcérations, des crevasses, des raghades, des mamelons, des ilots de squames épaisses, des plaques, des bandelettes, des stries d'hypergenèse épithéliale à teintes grises, nacrées, opalines, blanc d'argent, etc., on devra refuser celui qui en est atteint. — Il est fort probable, en effet, que ce grave psoriasis

(1) Voir sur ce sujet le mémoire du Dr Charles Mauriac, intitulé : *Psoriasis de la langue et de la muqueuse buccale* (ouvrage couronné par l'académie de médecine).

subira, au bout d'un temps plus ou moins long, la transformation épithéliomateuse et deviendra un cancer de la langue (cancer des fumeurs).

II. On refusera les sujets dyspeptiques chez lesquels on constatera une dilatation considérable de l'estomac ; — ceux dont le foie est trop gros, trop petit ou déformé par des cicatrices et des tumeurs (congestions chroniques du foie, engorgements hépatiques, cirrhoses, cancer et syphilose de cet organe, etc.) ; — ceux qui ont de l'ascite, des tumeurs mésentériques, une grosse hypertrophie de la rate, des empâtements diffus ou circonscrits dans la fosse iliaque droite, etc.

III. Nous ne passerons point en revue toute la pathologie gastro-intestinale. Notre expérience, déjà longue, nous a démontré que l'état du tube digestif fournissait très rarement des motifs plausibles de refus. Aussi, croyons-nous qu'il n'est pas utile de nous étendre longuement sur ce sujet. — Il est évident qu'on devra rechercher avec soin s'il n'existe pas chez les proposants qui se plaignent de leur digestion stomacale, une rénitence insolite de l'épigastre ou des tumeurs

cancéreuses dans cette région. On songera au *cancer de l'estomac*, surtout chez les sujets dont les parents sont morts d'une affection cancéreuse gastro-hépatique ou autre, etc.

Le cancer de l'estomac est une des affections les plus insidieuses et les plus graves au point de vue des assurances sur la vie. — Il peut exister depuis longtemps sans qu'on parvienne à le diagnostiquer d'une façon positive. Ses symptômes et ses allures sont alors les mêmes que ceux d'une dyspepsie simple. — La tumeur cancéreuse faisant saillie sous les parois abdominales, l'induration diffuse, quand il s'agit d'un cancer pariétal ou d'un cancer en nappe, manquent souvent dans la région épigastrique (70 fois sur 100 cas environ), ou, du moins, ne se perçoivent qu'imparfaitement et laissent des doutes au sujet de leur existence. Dans d'autres circonstances, le vomissement fait défaut parce que la lésion est pariétale et n'intéresse pas les orifices. Nous avons vu succomber des malades qui n'avaient jamais eu le moindre vomissement *partiel* ou *total*, *précoce* ou *tardif*, *alimentaire* ou *sanglant*.

C'est entre 50 et 60 ans que le cancer de

l'estomac offre son maximum de fréquence. Mais on l'a constaté chez des malades de 25 ans (Bard de Lyon), chez une femme de 28 ans (Riégel), chez une petite fille âgée de 13 ans (Moore) ; l'autopsie, suivie d'examen histologique, ne laissa aucun doute à cet égard. — Ce sont là des faits qu'il faut connaître pour ne pas repousser, à priori, chez un proposant encore jeune, le diagnostic de cancer de l'estomac, par cela seul qu'il ne rentre pas dans les conditions étiologiques habituelles.

Les difficultés de reconnaître le cancer de l'estomac quand ses symptômes habituels font défaut, ont conduit quelques médecins à chercher, en dehors de son expression phénoménale habituelle, d'autres signes pathognomoniques de son existence. Ainsi, M. Dommelaere a cru constater une diminution considérable et persistante de l'urée, de l'acide phosphorique et des chlorures, dans l'urine des sujets atteints d'un cancer stomacal larvé. Mais une série d'observations rapportées par M. le Dr Dujardin-Beaumetz ont mis hors de doute qu'on peut observer une diminution très grande de l'urée dans des affections où le cancer de l'estomac est absolument hors

de cause. Ainsi, la diminution de l'urée n'a pas de valeur comme signe du cancer stomacal larvé. La diminution de l'acide phosphorique et des chlorures serait peut-être plus réelle, mais elle est encore fort équivoque.

Dans ces dernières années on a recherché une autre particularité à laquelle on attribue une grande valeur, c'est la présence ou l'absence d'acide chlorhydrique libre dans le contenu de l'estomac atteint de cancer. En 1879, M. Van den Velden annonçait que dans le cancer l'acide chlorhydrique faisait défaut; en 1880, M. Uffelmann confirmait ces idées qui furent appuyées, en 1884, par MM. Kredel, Riegel, Schellhaas, en 1886 par M. le Dr Debove, et en 1887 par M. Lépine.

Cette question n'est pas encore résolue d'une façon définitive. — Ce ne serait pas l'absence *momentanée* d'acide chlorhydrique qui serait caractéristique. Dans l'ulcère simple de l'estomac ou dans d'autres affections du même organe, l'acide chlorhydrique peut manquer quelquefois, mais sa disparition n'est que temporaire; tandis que dans le cancer stomacal elle serait constante.

D'après M. Debove, les réactions les plus faciles à appliquer cliniquement sont les sui-

vantes : On examine le liquide de l'estomac préalablement filtré aussi rapidement que possible. Pour la recherche de l'acide chlorydrique, on emploie le violet de gentiane et l'orangé de Poirier. Le violet de gentiane aux cinq millièmes donne une coloration bleue en présence des solutions étendues d'acide chlorhydrique. L'orangé de Poirier n° 4, indiqué par M. Dujardin-Beaumetz, en solution saturée dans l'eau donne une coloration rouge en présence de l'acide chlorhydrique étendu.

Chez un de ses malades, longtemps avant l'apparition de la tumeur cancéreuse de l'estomac, M. Debove ne constata jamais la présence de l'acide chlorhydrique dans le contenu stomacal, mais toujours la présence de l'acide lactique. — Pour la recherche de l'acide lactique on emploi le perchlorure de fer et un mélange de perchlorure de fer et d'acide lactique : sous l'influence de l'acide lactique, le perchlorure de fer (solution du codex) donne une coloration jaune ; le mélange de trois gouttes de perchlorure de fer et de dix gouttes d'une solution aqueuse saturée d'acide phénique passe du bleu améthyste au jaune.

« J'ai examiné, dit M. le docteur Debove,

des types très divers d'affections de l'estomac : gastrites, ulcères, dyspepsies, dilatations, cancer etc. Toutes les fois que cet examen a été pratiqué pendant la période digestive, j'ai trouvé de l'acide chlorhydrique et de l'acide lactique, ou de l'acide chlorhydrique seul, quand il s'agissait d'une maladie non cancéreuse. *L'acide chlorhydrique n'existait jamais dans les cas de cancer.* — Je sais que cette règle souffre des exceptions, mais jusqu'à présent je n'en ai pas rencontré, ce qui montre que ces exceptions sont peu fréquentes. »

Il est bien évident que presque jamais le médecin d'assurances n'aura besoin de recourir à ce moyen de diagnostic. La plupart du temps le simple soupçon d'une affection cancéreuse de l'estomac devra l'empêcher d'admettre le proposant. Il y a des cas cependant où il sera peut-être obligé soit par le proposant, soit par la Compagnie, soit par les deux réunis, d'aller jusqu'au bout dans la question du diagnostic et de donner toutes les raisons *pour* ou *contre* l'acceptation, avec des *documents positifs.* L'absence d'acide chlorhydrique est un document qui, réuni à d'autres, peut permettre de diagnostiquer le *cancer latent de l'estomac.*

Dans le cancer latent de l'estomac, ou bien les symptômes font absolument défaut, ou bien ils semblent appartenir à une affection autre que celle de l'estomac. Dans le premier cas, qui est le plus rare, l'erreur est inévitable ; dans les autres, on prendra en considération : l'intégrité du cœur et de l'aorte lorsqu'il y a anasarque, comme dans les cancers gastriques précoces ; — la cachexie que n'explique aucune lésion pulmonaire ; — une teinte jaune, toute particulière, et qui est propre au cancer, etc., etc.

Il est vrai que la constatation de ces signes réunis ou séparés, quelle que soit leur cause, suffit à elle seule pour faire refuser ou ajourner le sujet.

Sans entrer plus avant dans la question du diagnostic, bornons-nous à attirer l'attention sur un symptôme dont quelques auteurs et entre autres, M. Troisier, ont récemment signalé l'importance. Ce symptôme, c'est *l'engorgement des ganglions sus-claviculaires*. Il siège surtout à gauche ; dans un cas de M. Millard, il était exceptionnellement survenu du côté droit.

Cette adénopathie sus-claviculaire se rencontre aussi dans les carcinomes de l'œso-

phage, du poumon, de la plèvre, et même de l'utérus ; mais, quand les autres signes d'une affection du côté de ces organes font défaut, on songera au cancer latent de l'estomac.

On a rencontré aussi dans la maladie qui nous occupe, des ganglions cancéreux sous-maxillaires, axillaires, inguinaux, sans compter des nodosités sous-cutanées de même nature.

Concluons de ce qui précède que dans les gastropathies qu'on a quelque raison de suspecter, il faudra explorer avec soin *tous les ganglions périphériques et en particulier ceux du creux sus-claviculaire et des parties latérales du cou.* (1)

IV. Si le proposant déclarait qu'il a souffert et qu'il souffre encore du côté du rectum, soit par le fait d'hémorrhoïdes, de fissure, de fistule ou d'autres causes, il faudrait explorer cet organe par le toucher et au spéculum.

Presque toutes les affections de cet organe, sauf les hémorrhoïdes non compliqués et les fissures simples, contre-indiquent l'assurance.

(1) Voir sur le *diagnostic du cancer de l'estomac*, une excellente revue du Dr Alex. Renault, dans la *Revue générale de clinique et de thérapeutique (journal des praticiens)* du Dr Huchard, Nos 17 et 18, juin 1887.

Ce sont : le *cancer*, les *fistules*, les *syphilomes*, les *rétrécissements*, les *abcès*, etc.

§ V. — *Maladies des organes génito-urinaires*

A. *Maladies de l'urèthre, de la vessie et de la prostate.* — Des inflammations catarrhales ou blennorrhagiques de l'urèthre ou du col de la vessie ne feront point rejeter l'assurance, mais il sera prudent de l'ajourner jusqu'à la guérison, surtout si ces affections se sont compliquées d'une prostatite aiguë ou subaiguë, avec ou sans abcès, d'une orchite, etc.

Qu'on ait toujours soin de faire uriner le malade devant soi (si c'est un homme), afin d'examiner comment se fait la miction. — Si le jet de l'urine est lent, petit et mal lancé, s'il se bifurque ou se tord en vrille, si les derniers coups de piston de la vessie font défaut et n'arrivent qu'à une évacuation incomplète et goutte à goutte, si les urines exhalent une odeur ammoniacale, vous n'aurez pas besoin de pousser plus loin vos investigations. — Le proposant appartient à la catégorie de ceux qu'on doit ajourner, sinon refuser.

Dans les cas indécis ou équivoques d'une miction qui ne s'écarte que peu de la miction normale, il faudra explorer la prostate. Si elle est très augmentée de volume, et si le sujet a dépassé la cinquantaine, on ne l'acceptera pas, parce qu'il est à peu près fatalement condamné à avoir plus tard une maladie grave des voies génito-urinaires.

Les soupçons et, à plus forte raison, les symptômes de la pierre et des fongus de la vessie, toutes les hématuries vésicales ou rénales, toutes les dysuries, quelle qu'en soit la cause, devront faire rejeter formellement l'assurance.

B. *Maladies de l'utérus et de ses annexes.* — Chez les femmes qui accuseront quelques troubles de la menstruation et qui paraîtront être atteintes actuellement d'une affection récente ou ancienne de l'appareil utéro-ovarique, on exigera l'examen au moyen du toucher et du spéculum. On admettra les affections utérines qui sont simplement catarrhales, mais on refusera les engorgements utérins avec immobilisation de l'organe par des adhérences péritonéales, les engorgements du petit bassin situés entre la matrice

et le rectum, ou dans les ligaments larges, les tumeurs de l'ovaire, les néoplasmes fibreux et surtout les ulcérations épithéliomateuses du col, etc. — Mais on aura bien rarement l'occasion d'en venir à ces procédés d'exploration qui répugnent tant aux femmes et auxquels elles ne se résignent qu'à la dernière extrémité.

Il y en a même beaucoup qui ne comprennent pas qu'on les prie d'uriner. Cependant il faut l'exiger d'elles, car l'examen de l'urine, par lequel nous allons terminer, est indispensable chez tous les proposants, hommes ou femmes, et jamais nous ne manquons de le faire. — C'est un point d'une importance capitale dans la question des assurances sur la vie.

§ VI. — *Examen des urines. — Maladies des reins.*

Après avoir jeté un coup d'œil sur les urines pour constater leurs qualités physiques, telles que la couleur et la transparence, on recherchera, au moyen de procédés d'analyse

sommaires et rapides, mais sûrs, si elles ne contiennent pas des produits pathologiques, c'est-à-dire des substances qui n'y existent pas à l'état normal ou qui ne s'y trouvent qu'en quantités très faibles.

C'est surtout le *sucre* que l'on aura en vue. On ne saurait croire à quelles surprises on est exposé quand on prend soin d'en constater la présence ou l'absence dans les urines. Combien de fois ne nous est-il pas arrivé d'en découvrir de grandes proportions chez des sujets bien portants, qui n'avaient éprouvé aucun trouble partiel ou général dans leur manière d'être et ne se seraient jamais doutés qu'ils étaient glycosuriques ! Dernièrement encore, nous avons examiné un homme admirablement constitué, âgé de 53 ans et qui paraissait n'en avoir que 40, chez lequel les antécédents étaient irréprochables, et dont les parents étaient morts dans un âge très avancé. Tous les organes étaient intacts et fonctionnaient d'une façon parfaite. Nous nous disions : voilà un proposant qui est admissible avec la mention *très bon*. Eh bien, l'analyse des urines nous fit découvrir qu'elles contenaient une quantité très considérable de sucre et nous fûmes forcé de l'ajourner.

Le sucre disparaît quelquefois des urines très rapidement. Il y a des diabètes intermittents avec des périodes d'*anaglycosurie*. On croit même à l'existence de *diabètes latents* dans lesquels les symptômes rationnels du diabète existent à l'exclusion du symptôme pathognomonique, la glycosurie.

Quoiqu'il en soit, la disparition du sucre dans les urines est un fait bien prouvé. En voici un cas : Chez un homme d'une quarantaine d'années, un phimosis avec balano-posthite, nous fit soupçonner la glycosurie. Les urines, en effet, eontenaient une très forte proportion de sucre, et c'est parce qu'elles en étaient chargées depuis longtemps, qu'il était survenu, sous l'influence de l'irritation qu'elles produisent, cette *balano-posthite avec phimosis* qui est si fréquemment un symptôme du diabète et sur laquelle nous appelons d'une façon toute spéciale l'attention des médecins examinateurs. Le malade fut soumis au traitement du diabète, et, huit jours après, la liqueur de Fehling ne faisait constater dans les urines aucune trace de sucre. Si, à ce moment, ce sujet s'était présenté pour se faire assurer, il aurait été certainement accepté.

Le diabète est donc une des maladies les plus insidieuses au point de vue des assurances. Il est probable qu'un grand nombre échappe aux médecins. Peut-être y a-t-il moins d'inconvénients à cela qu'on ne pourrait le croire, car il existe une catégorie assez nombreuse de diabétiques dont l'existence se prolonge très longtemps. — Néanmoins, nous posons comme une règle dont il serait imprudent de se départir, que *tout sujet dont les urines contiennent du sucre, doit être refusé, ou pour le moins ajourné.*

Glycosurie et diabète sont loin d'être synonymes. Si la glycosurie est un des symptômes du diabète, il s'en faut de beaucoup que tous les glycosuriques soient des diabétiques. On a constaté la glycosurie non diabétique dans la grossesse, l'état puerpéral, l'allaitement, chez les polysarciques, les gros mangeurs d'aliments ternaires, les vieillards, chez les malades atteints d'affections gastro-hépatiques, d'affections pulmonaires, d'anthrax, de lésions traumatiques du système nerveux, d'intoxications (malaria, typhus cérébro-spinal, arsenic, chloroforme, oxyde de carbone). — Dans tous ces états, la distinction entre la glycosurie et le diabète repose sur l'évolu-

tion de la maladie. Lorsque la glycosurie est symptomatique, elle disparaît avec la cause occasionnelle qui l'a produite. Aussi, est-elle généralement temporaire et intermittente. — Dans le diabète, au contraire, elle est la plupart du temps continue. — Voilà autant de raisons qui sont en faveur de l'ajournement dans tous les cas où on trouve des urines glycosuriques.

En clinique, lorsque le sucre n'est pas assez abondant pour déceler sa présence par une réduction massive, sa proportion est négligeable.

La quantité de l'élimination quotidienne du sucre a une valeur à la fois pronostique et diagnostique. Une forte proportion de sucre est le signe d'un diabète grave. Toutefois, l'état général de l'individu est un élément de pronostic plus sûr que le chiffre du sucre éliminé. Si, en effet, l'individu ne maigrit pas, quelle que soit d'ailleurs, l'abondance du sucre, le pronostic est moins immédiatement grave que si l'élimination, même moins abondante, se compliquait d'amaigrissement.

Le dosage du sucre ne peut se faire que très approximativement par le médecin examinateur. Si on juge qu'il a besoin d'être

exécuté d'une façon très rigoureusement exacte, on en avertira la Compagnie qui chargera des chimistes experts de l'analyse quantitative.

Nous devons nous contenter de dire que sa proportion paraît faible ou forte. Mais notre tâche principale est d'en découvrir la présence.

L'urine glycosurique présente des caractères particuliers : sa quantité est toujours notablement augmentée ; elle peut aller jusqu'à 15 litres dans les 24 heures. Elle est pâle, d'une teinte jaune faible, avec des reflets verdâtres, parfaitement limpide, d'un poids spécifique très élevé : 1,028 au minimum, 1,030, 1,040, et dans quelques cas rares, 1,056 à 1,060. La proportion de l'urée y est toujours plus considérable qu'à l'état normal. — Elle fermente très rapidement.

Il existe plusieurs procédés pour arriver à découvrir la présence du sucre dans les urines. — Bouchardat employait le suivant : L'urine est chauffée dans un tube et on y ajoute de la potasse en excès ; quand elle est glycosurique, elle prend une coloration jaune, brune, plus ou moins prononcée. Ce chimiste pensait qu'on peut approximativement ap-

préciser la quantité de sucre contenue dans une urine, en multipliant les deux derniers chiffres de la densité par 2. Le résultat obtenu est ensuite multiplié par le nombre de litres émis, et on retranche du produit 60 grammes représentant les autrès éléments constitutifs de l'urine. Exemple : densité d'une urine sucrée = 1,035. Émission, 3 litres. Multipliez 35 × 2 = 70 ; multipliez 70 par le nombre de litres 3 = 210 ; retranchez de ce produit 60 et vous aurez 210 — 60 = 150 grammes.

Au procédé de Bouchardat par la potasse caustique, on préfère généralement la réaction par le liquide cupro-potassique (*liqueur de Bareswil*, *liqueur de Fehling*). Mais il faut être prévenu que ce liquide s'altère spontanément. Pour opérer, on verse dans un tube de verre 2 ou 3 centimètres en hauteur de la liqueur cupro-potassique qui est d'un beau bleu foncé. On chauffe avec une lampe à alcool jusqu'à ce que la liqueur commence à entrer en ébullition, et on y introduit alors trois ou quatre gouttes de l'urine à examiner. On chauffe de nouveau et on attend. S'il y a la moindre trace de glycose, il se produit un précipité plus ou moins abondant, d'abord

jaune, puis rouge, *d'oxyde cuivreux* qui, seul, est caractéristique de la glycose. — Les principes normaux de l'urine gênant la réaction, il est souvent nécessaire d'employer un excès de réactif et quelques gouttes seulement d'urine qu'on alcalinisera un peu préalablement avec de la potasse. — Dans ce procédé, il faut se servir de liqueurs cupro-potassiques fraîches et se tenir en garde contre la réduction spontanée qu'elles éprouvent souvent à l'ébullition lorsqu'elles sont anciennes.

La *coloration verte* obtenue par ce procédé n'indique point du tout la présence du sucre, mais seulement celle d'urates en abondance.

Une urine ne contînt-elle que 2 à 3 pour 1,000 de glycose, donnerait encore très nettement la réduction caractéristique avec le liquide cupro-potassique. Mais si on était obligé d'ajouter un égal volume d'urine et de faire bouillir longtemps, la conclusion serait moins certaine.

Pour que l'opération soit tout à fait probante, il est indispensable que la réduction du sucre soit *presque immédiate*, *commence un peu avant l'ébullition et se propage ensuite, même sans chauffer*, *à la plus grande*

partie du liquide. — Il faut, de plus, qu'il y ait *précipitation d'oxyde de cuivre,* et non pas seulement une simple décoloration de la liqueur.

On tiendra comme non avenues les réductions ou décolorations qui *se produisent une ou deux minutes après l'opération.*

Malgré la confiance qu'on peut avoir dans ces procédés, il est quelquefois embarrassant de se prononcer, et il répugne de refuser l'assurance à un proposant qui a des urines un peu glycosuriques, mais dont la santé néanmoins est et a toujours été irréprochable. — En pareil cas, il est permis d'hésiter et de rester dans le doute. Tant de causes autres que le sucre peuvent réduire l'oxyde de cuivre ! Récemment une nouvelle substance réductrice ressemblant à la glycose n'a-t-elle pas été signalée dans l'urine humaine ? Le docteur Brune auquel une puissante compagnie d'assurances sur la vie de New-York soumit un échantillon d'urine qu'on avait jugée glycosurique, arriva après l'avoir analysée à la conclusion suivante: La manière d'être de l'urine avec la soude hydratée, et les sels de cuivre et peut-être aussi avec l'acide picrique et le sous-nitrate de

bismuth, pourrait conduire quelques examinateurs à conclure à la présence de la glycose, tandis que, d'autre part, les expériences par la levure de bière, le polaryscope permettraient de se prononcer pour la négation.

Lorsque le médecin examinateur ne trouvera pas dans l'analyse de l'urine faite par lui, des motifs suffisants d'appréciation, il soumettra le cas à un chimiste expert.

Il ne négligera dans aucun cas la recherche du sucre ; mais il se défiera d'une propension trop grande à rejeter absolument les sujets glycosuriques ou pseudo-glycosuriques. — Le meilleur parti à prendre, nous le répétons, c'est de se prononcer pour l'*ajournement.*

II. — Un produit plus important encore que le sucre, et qu'on rencontre quelquefois dans les urines des proposants, c'est *l'albumine.* La fréquence de l'albuminurie chez eux est incomparablement moins grande que celle de la glycosurie.

Toute albuminurie chronique dépend d'une lésion des reins qu'on qualifiait autrefois simplement de maladie de Bright. Aujourd'hui, il est admis qu'il n'y a pas une albumi-

nurie, mais des *albuminuries chroniques* qui se rapportent à trois principaux types, différents les uns des autres sous le double rapport des lésions et des symptômes : 1° le gros rein blanc, rein brightique ou en dégénérescence épithéliale, dont le symptôme dominant est une albuminurie abondante avec anasarque ; — 2° le rein sclérosé ou petit rein rouge des arthritiques, des goutteux, des saturnins, caractérisé cliniquement par l'absence d'œdème, la polyurie, la haute tension vasculaire, l'hypertrophie cardiaque avec bruit de galop ; — 3° le rein amyloïde ou lardacé, fréquemment observé dans l'albuminurie consécutive aux suppurations prolongées et surtout osseuses, etc.

Toutes ces variétés de néphropathies excluent formellement l'acceptation.

L'albumine se montre quelquefois chez des sujets sains (albuminurie physiologique). Elle est le symptôme passager d'une série d'affections fébriles graves dont nous n'avons point à nous occuper ici.

Sa proportion est très variable et peut osciller entre des traces seulement, ou des quantités considérables, supérieures à 8 ou 10 gr. et pouvant monter très exceptionnellement

jusqu'à 30 grammes en 24 heures. — On l'observe dans certaines affections du cœur et des poumons qui s'accompagnent d'asystolie et de stase rénale.

Il y a deux procédés principaux pour découvrir la présence de l'albumine dans les urines : la chaleur ou coction et la réaction de l'acide azotique. — Ces procédés sont trop connus pour qu'il soit nécessaire de les décrire. Le médecin de campagne pourrait remplacer avantageusement l'acide nitrique par l'acide métaphosphorique. Le commerce le livre sous forme de crayons que l'on enferme dans un tube de verre. — Il suffit de tremper pendant quelques secondes l'extrémité du bâton dans 2 ou 3 centimètres cubes d'eau, pour avoir une solution d'acide métaphosphorique dont il faut se servir tont de suite et qui précipite instantanément l'albumine.

Comme l'albuminurie est dans la grande majorité des cas le symptôme certain d'une grave maladie des reins, quand on la constatera chez un proposant, ce sera, plus encore que pour la glycosurie, un motif très sérieux de non acceptation.

III. — La présence du sang dans les uri-

nes indique presque toujours un état pathologique de la vessie ou des reins. — L'origine rénale se lie à une néphrite calculeuse, à une néphrite albumineuse simple ou infectieuse, ou bien à une recrudescence dans le processus d'une néphropathie chronique. L'origine vésicale dépend de fongus, de cancers, de calculs, etc. — Donc les urines sanguinolentes qui ne proviennent pas de l'urèthre, mais des parties profondes de l'appareil urinaire ont presque toujours une signification grave et doivent faire rejeter ou ajourner l'assurance. — En général, la proportion du sang dans l'urine est assez grande pour qu'un simple coup d'œil permette de constater sa présence. Dans les cas douteux on aurait recours à l'examen microscopique qui ferait reconnaître au sein du liquide les hématies ou globules rouges, etc.

Mais il y a des cas d'hémorrhagie rénale sans diapédèse des globules. L'urine est alors colorée uniquement par l'*hémoglobine*. L'affection qui donne lieu à ces urines a été décrite dans ces derniers temps sous le nom d'*hémoglobinurie*. Sans être très commune, elle est loin d'être exceptionnelle. Son type le plus intéressant est l'hémoglobinurie pa-

roxystique. — Nous nous contenterons de signaler l'hémoglobinurie. Il est peu probable que le médecin la constate chez les postulants. Mais s'il lui arrivait de la rencontrer par hasard, il refuserait ou ajournerait.

IV. — La présence dans les urines de *cylindres* ne peut être constatée que par l'examen microscopique. Il y a des cylindres muqueux, des cylindres fibrineux, des cylindres épithéliaux, des cylindres hyalins, cireux ou colloïdes et même, dit-on, des cylindres amyloïdes. L'examen de ces cylindres n'a pas tenu ce qu'il semblait promettre. Si on basait sur lui le diagnostic et surtout le pronostic d'une néphrite, on s'exposerait à de grosses erreurs. — Dans les analyses forcément sommaires auxquelles sont obligés les médecins d'assurances, la recherche microscopique de ces cylindres ne peut pas être faite.

V.—La constatation du pus dans l'urine est plus importante. Sa présence est la preuve d'une affection aiguë ou chronique des voies urinaires. — Les urines purulentes sont alcalines, troubles et laissent déposer au fond du verre une masse d'une consistance visqueuse.

Pour distinguer le pus du mucus, il suffit de traiter le sédiment suspect avec un peu de potasse ou d'ammoniaque. Si l'on a affaire à du pus, il se formera bientôt une masse vitreuse, filante et même compacte ; si c'est du mucus, le liquide deviendra, au contraire, plus fluide et se chargera de flocons blanchâtres.

Les urines purulentes et les urines très chargées de mucosités indiquent toujours une affection sérieuse des voies urinaires : cystite, prostatite avec abcès, inflammation des calices et des bassinets, etc. etc. Elles stagnent souvent dans la vessie et deviennent très rapidement ammoniacales, etc. Il faut voir en elles un mauvais signe, surtout si le sujet est vieux ou touche à la vieillesse. — De pareilles urines, qui sont en outre souvent sanguinolentes, contre-indiquent à elles seules, et dans tous les cas, l'assurance d'une façon formelle.

Certains principes constitutifs de l'urine sont quelquefois augmentés ou diminués dans des proportions telles qu'il ne s'agit plus là d'une simple variation physiologique accidentelle et passagère, mais d'un véritable état morbide permanent. C'est ce qui a lieu,

par exemple, dans l'azoturie, dans la goutte, dans la phosphaturie, etc. — Ces affections se traduisent par des groupes de smptômes qui permettent de les reconnaître. Mais il arrive souvent aussi qu'elles restent plus ou moins longtemps latentes et qu'il est nécessaire de recourir à l'analyse de l'urine pour établir leur diagnostic et leur pronostic. — Sans doute, le médecin examinateur sera rarement obligé d'y recourir. Néanmoins, le cas échéant, il faut qu'il sache comment on doit procéder. Disons donc quelques mots du dosage de l'urée, de l'acide urique et des phosphates. — Nous terminerons par la recherche de la bile dans les urines.

VI. — *Dosage de l'urée.* — L'urée existe normalement dans l'urine. Elle se rencontre en quantité un peu plus considérable dans celle de l'homme que dans celle de la femme. Sa dose normale est de 20 grammes environ par litre et de 25 à 30 grammes par 24 heures.

Plusieurs procédés ont été employés pour doser l'urée dans l'urine. Les principaux sont ceux qui reposent sur la décomposition de l'urée par les hypobromites alcalins. D'a-

près la quantité d'azote dégagée on déduit la quantité de l'urée.

Les deux appareils qu'on emploie surtout pour ce dosage sont l'appareil d'Yvon et celui de Regnard.

L'appareil d'Yvon est un tube qui porte vers son quart supérieur un robinet de verre. Ce tube est gradué de chaque côté du robinet. On traite 1^{cm} cube d'urine par une solution d'hypobromite, en ayant auparavant rempli de mercure la partie inférieure du tube ; d'après le nombre de divisions que le gaz occupera, on aura la quantité d'urée, en divisant par 3,75 le nombre trouvé, si on se rapporte à la quantité d'azote dégagée par un centigramme d'urée pure.

L'appareil de Regnard est plus simple ; il se compose d'un tube de verre en forme de U muni de deux petites boules sur sa branche horizontale. Dans l'une d'elles on met 2^{cm} cube d'urine, dans l'autre la solution d'hypobromite en excès. Le tube vient aboutir à une cloche graduée contenue dans une éprouvette qui renferme de l'eau ; on s'arrange de manière à ce que le volume de l'eau dans la cloche arrive au 0 de la graduation. On mélange alors les deux liquides, la réaction

s'effectue et on lit le nombre de divisions occupées par le volume gazeux.

Si alors on se rapporte à une table qui accompagne l'appareil, on aura d'après ce nombre de divisions, la quantité d'urée par litre d'urine.

VII. — *Dosage de l'acide urique et des urates.* — L'acide urique se trouve dans l'urine à l'état libre ou à l'état d'urates, à la dose de 0 gramme 30 par litre ou 0 gramme 50 à 0, 70 par 24 heures.

Pour le doser, le moyen le plus simple consiste à prendre 200 grammes d'urine filtrée, que l'on acidifie avec de l'acide acétique; puis on y verse 3 pour 100 d'acide chlorhydrique pur et fumant. On laisse reposer 24 heures dans un endroit frais. L'acide se dépose en petits cristaux roux ou rouges; on filtre, puis on le lave avec de l'alcool. On peut alors séparer facilement les cristaux du filtre et les peser, sans tenir compte du poids de ce dernier.

On peut encore se servir d'un filtre taré et déduire du poids total le poids du filtre. Si l'urine est très pauvre en acide urique, on la concentre et on opère comme plus haut.

Si l'urine contient un dépôt de cristaux rosés d'urate de soude, il suffit de la chauffer pour faire disparaître ce dépôt.

Si l'urine est albumineuse, on remplace l'acide chlorhydrique qui précipiterait l'albumine en même temps que l'acide urique par de l'acide phosphorique ordinaire très concentré.

On peut encore séparer l'albumine par l'ébullition, après l'avoir rendue franchement acide au moyen d'acide acétique. On filtre, et dans le liquide filtré on précipite l'acide urique au moyen de l'acide chlorhydrique.

Enfin si on ne possède qu'une très petite quantité d'urine ou autre liquide, on peut reconnaître l'acide urique au moyen du procédé de Garrod, en plongeant un fil de lin dans le liquide acidulé par l'acide acétique ; au bout de 24 heures les cristaux d'acide urique se déposent sur le fil de lin.

VIII. — *Dosage des phosphates.* — L'acide phosphorique existe dans l'urine sous quatre formes différentes :

1° Deux phosphates alcalins (potasse et soude) ; 2° deux phosphates terreux (chaux et magnésie). La quantité normale d'acide

phosphorique est de 1 gramme 60 par litre et de 2 grammes 50 à 3 grammes dans les 24 heures.

Dosage de l'acide phosphorique total. — On peut opérer : 1° par pesée, par précipitation à l'état de phosphate ammoniaco-magnésien, dosage exact mais assez long ; 2° par liqueurs titrées. — On se sert alors d'une solution titrée d'azotate d'urane qui, versée goutte à goutte dans une solution acétique d'un phosphate, y produit un précipité de phosphate d'urane. Or, le ferro-cyanure de potassium donnant avec les sels d'urane un précipité rouge brun, on reconnaît qu'on a précipité tous les phosphates quand cette coloration rouge apparaît.

Par conséquent, pour doser les phosphates dans une urine, on prendra 50^{cc} d'urine qu'on portera doucement à l'ébullition, après y avoir ajouté 5^{cc} d'une solution acétique d'acétate de soude. On versera au moyen d'une burette graduée une solution titrée d'acétate d'urane, jusqu'à ce qu'une goutte donne la coloration rouge avec le ferro-cyanure. On lira alors le nombre de centimètres cubes de liqueur qu'il a fallu employer pour obtenir ce résultat et on le multipliera par le titre de la solution.

IX. — *Recherche de la bile dans les urines.* — La recherche de la bile dans les urines se fera de la manière suivante indiquée par Gmelin :

Dans un verre à expérience de forme conique, versez de l'acide nitrique ordinaire contenant des vapeurs nitreuses (l'acide concentré exposé au soleil en contient toujours), puis versez avec précaution l'urine le long des parois du verre de manière à éviter le mélange des couches. Au bout de quelques instants, vous apercevez une série de couches colorées de haut en bas en vert, bleu violet, rouge et jaune.

Il faut de toute nécessité distinguer au moins la couche verte surmontant le bleu-violacé.

Rappelons à ce sujet que l'acide nitrique nitreux peut fournir plusieurs indications simultanées :

1° Dégagement de l'acide carbonique provenant de la décomposition de l'urée.

2° Formation d'un précipité dans les urines albumineuses.

3° Précipitation de l'acide urique.

En opérant comme il a été indiqué pour la recherche de la bile, on distinguera sans

peine la formation de deux zones opaques superposées dues, l'une à l'acide urique, l'autre à l'albumine, quand l'urine examinée contiendra une quantité notable de ces deux principes.

MALADIES CHIRURGICALES

Elles sont beaucoup moins nombreuses que les maladies internes chez les personnes qui désirent s'assurer. Aussi, n'aurons-nous pas à nous en occuper longuement. Du reste, nous avons eu déjà l'occasion d'en dire çà et là quelques mots.

Hernies. — Elles se trouvent dans tous les questionnaires. Il est rare qu'on soit obligé de refuser un proposant parce qu'il est atteint d'une hernie, à moins qu'il ne s'agisse d'une personne exposée par ses goûts ou sa profession à des exercices ou travaux pénibles. On ne le ferait ordinairement que si le proposant avait plusieurs hernies, toutes extrêmement volumineuses, irréductibles, sujettes à s'engouer, etc. Il faudrait qu'elles eussent été et fussent encore pour lui la source d'inconvénients

graves, de dangers sérieux, d'accidents imminents, etc. En pareil cas, on prendrait le parti de demander l'avis d'un chirurgien, et on soumettrait la décision à un conseil médical convoqué par l'administration.

Il est important aussi d'indiquer si le proposant porte ou ne porte pas un bandage. — Dans ce dernier cas, le danger est singulièrement aggravé.

Presque toutes les *tumeurs*, sauf l'hydrocèle, les lipomes, l'hydropisie des bourses séreuses, les petits kystes dont l'ablation n'est pas urgente, les loupes, etc., doivent, dans la plupart des cas, faire ajourner l'assurance. Pour peu qu'elles soient d'une nature suspecte, comme il arrive si souvent aux tumeurs du sein, du testicule, des ovaires, etc., le refus sera absolu. — Celles qui, bien que bénignes, produisent des troubles fonctionnels et exigent prochainement une opération chirurgicale seront ajournées.

En général, on refusera toujours un proposant qui *sera tôt ou tard dans l'obligation de subir une opération.*

Seront refusés tous les sujets chez lesquels il existe des abcès ossifluents, des lésions

osseuses telles que la carie et la nécrose, des tumeurs blanches, surtout celles des grandes articulations et en particulier la coxalgie, etc., en un mot toutes les lésions du système locomoteur graves et en activité, qui proviennent de la scrofule et de la syphilis.

Celles d'origine rhumatismale et goutteuse excluent moins formellement l'assurance ; quelques-unes pourront même être acceptées (nodosités d'Héberden) ; d'autres seront ajournées.

Les accidents traumatiques guéris depuis longtemps et devenus des infirmités incurables ne seront point une cause de refus, si la santé générale du sujet n'en souffre pas actuellement et n'en a jamais souffert. Les Compagnies d'assurances comptent dans leur clientèle un grand nombre de vieux militaires criblés autrefois de blessures, estropiés, amputés, mutilés, qui n'en sont pas moins très acceptables.

Ce que nous avons dit tout à l'heure pour les personnes qui seront forcées, dans un avenir plus ou moins rapproché, de se faire opérer, s'applique aux femmes enceintes., du moins à *celles qui le sont pour la première*

fois ou qui se trouvent, au moment de l'examen, dans un état de grossesse très avancé.

On attendra, avant de les accepter, qu'elles soient accouchées et qu'elles aient traversé, sans accidents et sans conséquences fâcheuses, toute cette longue période post-puerpérale qu'on appelle communément les *suites de couches*. Il faudra qu'elles soient revenues tout à fait aux conditions de la santé normale.

Toutefois, l'allaitement, si surtout elles sont d'excellentes nourrices, ne fera point ajourner l'assurance.

APPENDICE

APPENDICE

RAPPORTS MÉDICAUX ÉTRANGERS

Ainsi que nous l'avons annoncé dans l'introduction, nous donnons ci-après un fac-simile des rapports médicaux de cinq grandes Compagnies étrangères : *La Nordstjernan,* de Stockholm, *l'Impérial Life,* de Londres, *la Compagnie de Gotha*, *la Fondiaria*, de Florence, et *l'Équitable,* de New-York.

Le texte de ces imprimés ne s'éloigne pas beaucoup de ceux qui sont en usage dans les Compagnies françaises ; il est un peu plus compliqué.

Nous allons les comparer entre eux, avec quelques détails, en ce qui concerne les questions les plus importantes.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES

Les questions relatives à l'état de santé du père et de la mère et des autres parents du proposant ne figurent pas dans le rapport médical de la *Compagnie de Gotha;* elles se trouvent dans les propositions. C'est un procédé primitif, aujourd'hui généralement abandonné. Ainsi que nous l'avons dit dans l'introduction, il ne procure pas à la Compagnie des renseignements aussi précis et aussi sincères que lorsque les mêmes questions sont posées par le médecin lui-même.

L'Équitable ne se borne pas à demander les causes des décès du père et de la mère, elle remonte jusqu'aux oncles et tantes et aux grands parents.

Il est déjà si difficile d'obtenir des renseignements précis sur les affections qui ont emporté le père, la mère et les frères, que des investigations plus complètes nous semblent impraticables dans la plupart des cas. C'est au médecin à juger si l'instruction du client et la netteté de ses souvenirs de famille lui permettent de réunir toutes les

indications désirables, et, dans ce cas, de multiplier ses questions pour y arriver.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS DU PROPOSANT

Mêmes observations que ci-dessus pour la *Compagnie de Gotha.*

Le questionnaire de *La Fondiaria* se rapproche beaucoup de celui des Compagnies françaises.

Ceux de *La Nordstjernan*, de *l'Impérial Life* sont très complets, sans être trop longs ; cependant, le dernier contient une question sur les habitudes du proposant qui n'a pas encore été introduite dans les questionnaires français, parce qu'elle peut soulever les susceptibilités du proposant et lui paraître une source de chicanes après son décès :

Vos habitudes sont-elles strictement sobres et tempérées ?

L'interrogation est bien vague et les réponses qu'elle peut amener ne sont pas de nature à former la base d'un contrat.

La valeur de l'interrogation et le sens de la réponse varieront avec le tempérament, avec la profession et avec l'éducation du proposant ; ils varieront surtout suivant le

pays, suivant la province. Ils ne seront plus les mêmes en Bourgogne qu'à Paris, dans le Nord qu'en Bourgogne, sur les côtes de la Bretagne que sur les frontières de la Belgique.

Au lieu de s'adresser au proposant, la Compagnie fera mieux de demander simplement au médecin s'il aperçoit des symptômes d'excès de table et d'alcoolisme.

Sur le même sujet, *l'Équitable* pose une question beaucoup plus précise que celle de *l'Impérial Life :*

Quelle boisson consomme le proposant?

En quelle quantité ?

Mais, si nous avions l'intention de nous assurer, nous nous refuserions à indiquer notre boisson ordinaire et à certifier la dose que nous en prenons. Nous ne voudrions pas qu'un contrat aussi important que celui de l'assurance sur la vie pût dépendre d'un caprice de notre estomac ou de notre goût ni que la Compagnie eût le droit de se soustraire à ses engagements, en prouvant que nous sommes morts après avoir bu du vin, alors que nous avions déclaré ne nous désaltérer qu'avec de l'eau.

Vous souriez. — Une pareille prétention serait absurde.

Alors, à quoi bon la déclaration ? Dans une convention, tout ce qui n'est pas absolument nécessaire est dangereux.

L'Équitable a un autre tort, c'est d'exiger que son client lui déclare s'il a eu ou non 28 maladies, parmi lesquelles plusieurs auxquelles personne n'échappe plus ou moins : maladie de la peau, maladie d'yeux, etc.

C'est un appareil d'inquisition de nature à éloigner les plus zélés partisans de l'assurance.

Notre critique de certaines parties du rapport médical de *l'Équitable* n'est pas systématique ; nous sommes heureux de le prouver, en faisant l'éloge d'une des questions spéciales aux femmes.

Si la proposante est veuve ou mariée en secondes noces, *l'Équitable* demande à quelle maladie a succombé le premier mari.

Nous croyons qu'il serait sage d'introduire cette question dans nos questionnaires. Il n'est plus permis d'ignorer l'influence nuisible de la longue cohabitation avec des individus atteints de certaines maladies.

DESCRIPTION DE LA PERSONNE A ASSURER

La *Compagnie de Gotha*, *l'Équitable* et *La Fondiaria* demandent d'une façon détaillée des renseignements sur le développement de la poitrine, soit au moment de l'inspiration, soit à celui de l'expiration.

Nous devons ajouter que le docteur Maragliano, un professeur renommé de Gênes, qui est médecin en chef d'une de nos Compagnies françaises en Italie, a imposé aux médecins examinateurs le questionnaire supplémentaire suivant :

Quelle est la hauteur de taille du proposant ? ______________

Quel est son périmètre thoracique, en faisant tenir le corps droit, dans une position régulière ?	Au moment du développement complet de l'inspiration.	A la fin de l'expiration
A la hauteur des aisselles . .	______________	______________
A la ligne du bout des seins .	______________	______________
A l'extrémité de l'appendice ensiforme	______________	______________

D'après lui, le développement de la poitrine doit être au moins moitié de la taille, et il faut qu'il y ait, suivant la taille, de 4 à 10 centimètres de plus à l'inspiration qu'à l'expiration.

En France, nous nous contentons généralement de l'appréciation du médecin sur l'ensemble de la forme de la poitrine. C'est une preuve de la confiance que nous avons en son jugement et dans la conscience qu'il apporte à son examen.

Il est certain que dans beaucoup de cas la conformation particulière du sujet ne permet pas de s'en tenir à l'application rigoureuse des règles physiologiques.

Cependant, ne serait-il pas plus prudent de demander des chiffres, sauf à ne leur donner que la valeur de renseignements secondaires?

L'*Équitable* va au delà des mensurations de la poitrine. Elle s'informe aussi de la couleur des cheveux et du poids du proposant.

Les Compagnies américaines et anglaises, pour la plupart, tiennent compte du rapport existant entre la taille du proposant et son poids.

Nous croyons intéressant de donner ici un curieux tableau qui a été dressé par le docteur Hutchinson (1) à la suite de patientes observations faites sur 3,000 individus.

(1) Sur la capacité des poumons et de la respiration. Études médico-chirurgicales, Londres 1846.

NOMBRE	HAUTEURS		POIDS MOYEN
26	de 1.37	à 1.52	41.85
17	1.52	1.55	52.40
36	1.55	1.57	55.39
43	1.57	1.60	58.00
88	1.60	1.62	62.60
126	1.62	1.65	63.12
214	1.65	1.67	65.74
316	1.67	1.70	65,45
379	1.70	1.73	69.21
468	1.73	1.75	71.55
368	1.75	1.78	75.47
348	1.78	1.80	77.50
245	1.80	1.83	80.49
326	1.83	1.85	99.18
3000			

Les sujets observés se composant de marins, de pompiers, agents de police, artisans, laboureurs, grenadiers et cavaliers de la garde royale, imprimeurs, charretiers de brasseurs, lutteurs, boxeurs, bateliers, canotiers de Cambridge et d'Oxford, joueurs de cricket, marcheurs, et gentilhommes ; on peut admettre que les moyennes de M. Hutchinson correspondent à des types de choix.

Les Compagnies américaines ont aussi établi une série de poids normaux correspondant aux diverses hauteurs de taille. A peu de chose près, ils sont semblables à ceux que nous venons de donner.

En même temps, les observations du docteur anglais ont été complétées par de plus récents travaux du médecin de l'*United states company*, le d[r] Huntington.

Ce dernier a réuni les renseignements consignés dans les dossiers des contrats émis par sa Compagnie de 1850 à 1870 et s'est donné pour but de mettre en évidence l'influence de l'excès de grosseur et de l'extrême maigreur sur la valeur des risques.

Il a classé en deux catégories les sujets qui se trouvaient en dehors de la normalité de pesanteur, selon qu'ils s'en écartaient en plus ou en moins. Il a cherché le taux de mortalité de chaque groupe, l'a comparé avec le taux de la mortalité générale et a synthétisé le tout dans le tableau ci-joint :

Différence dans le poids du corps	Assurés	Mortalité		Taux pour cent en plus	Durée des Contrats
		Probable	Réelle		
En plus	1110	95.61	103	7.72	6.15
En moins . . .	386	26.05	42	61.22	6.32
	1496	121.66	145	19.18	6.18

L'excédant des décès parmi les risques *trop lourds*, lui a paru provenir en majeure parties des maladies du cerveau, du cœur et du foie ; dans les risques *trop légers*, de la redoutable phtisie.

EXAMEN DE L'URINE

Il y a unanimité sur ce point important.

Nous rapprochons ici les questions de chacune des Compagnies dont nous reproduisons les rapports :

Nordstjernan

Pesanteur spécifique de l'urine ?

Contient-elle de l'albumine, du sucre, du pus ou des graviers ?

Impérial Life

Avez-vous examiné l'urine pour vous assurer s'il y a de l'albumine ou du sucre ?

Veuillez indiquer la nature de l'urine et le résultat de votre analyse.

Pesanteur spécifique ?

Compagnie de Gotha

Si le médecin suppose une maladie de la

vessie ou des reins, ou, même seulement, si la Compagnie le demande, il doit rechercher si l'urine contient du sucre ou de l'albumine et donner ci-contre l'analyse de sa composition,

Fondiaria

Dans le cas où le médecin se douterait que le proposant fût atteint de diabète ou d'albuminurie ou maladie de Bright, il devrait fournir les résultats des urines obtenus au moyen de l'analyse chimique.

L'*Équitable*

Donner le poids spécifique de l'urine et sa réaction.

Chercher par l'analyse si l'urine contient de l'albumine ou du sucre.

Jugez-vous nécessaire ou utile de faire l'examen microscopique des urines?

COMPAGNIE ANONYME D'ASSURANCES SUR LA VIE



NORDSTJERNAN

— L'ÉTOILE DU NORD —

Rapport médical du médecin de la Compagnie

I
Déclaration de la personne à assurer

1. Nom et prénoms? . . . . Profession ou emploi?	
2 Age au prochain jour de naissance? . . .	
3. Etes-vous actuellement sain de corps? . .	
4. Avez-vous des dispositions à des maux de tête fréquents, à des congestions, au vertige et au saignement de nez? Avez-vous jamais été affligé d'apoplexie, de paralysie, d'épilepsie, de convulsions, d'autres affections nerveuses ou eucore d'une maladie mentale? Quand?	
5. Avez-vous jamais été affligé d'hémoptysic (crachements de sang), de toux ou d'enrouement de longue durée ou fréquent, d'asthme, d'inflammation pulmonaire, de palpitations du cœur ou d'autre maladie de cet organe? Quand?	
6. Avez-vous jamais souffert de syphilis, d'hydropisie, d'inflammations ou d'autres maladies de l'estomac, des intestins, du foie, des reins ou d'autres organes de l'abdomen, telles que catarrhe chronique de l'estomac, constipation ou diarrhée, hémorrhoïdes ou autres hémorrhagies, stricture de l'urèthre, pierre ou gravelle, etc.? . . . . Quand?	
7. Avez-vous souffert de rhumatisme musculaire ou articulaire? . . . . Quand? . . . . Etait-il suivi de fièvre? . . . . Avez-vous eu la goutte? Quand?	
8. Avez-vous eu la petite-vérole? . . . . . . Etes-vous vacciné? Etes-vous revacciné? Quand? Avec quel résultat?	

9. Avez-vous jamais été saigné ou ventonsé ? Quand et pourquoi ?	
10. Avez-vous fait usage d'eaux minérales ou de bains ?. . . . . Quand et pour quelle maladie ?.	
11. Avez-vous été exposé à une blessure extérieure ? . . . . Quand ? . . . . Cette blessure a-t-elle laissé des suites nuisibles à la santé ?	
12. De quelles autres maladies avez-vous souffert ?.	
13. Y a-t-il aucune autre circonstance de nature à nuire à votre santé ?. . . . . . . Votre profession antérieure ?	
14. Vos parents vivent-ils encore ? . . . . . Quel âge ont-ils, et quel est l'état de leur santé ?. . . . . Ou à quel âge sont-ils morts, et de quelles maladies ?.	
15. Combien de frères et de sœurs avez-vous en vie ?. . . . . Quel est l'état de leur santé ?	
16. Combien de vos frères et sœurs sont morts ? A quel âge et de quelle maladie sont-ils morts ?.	
17. Etes-vous marié ? . . . . Si vous avez eu ou si vous avez des enfants, de quelles maladies ont-ils souffert ou souffrent-ils à présent ?.	
18. Y a-t-il eu dans votre famille une maladie héréditaire, telle que la pulmonie, le cancer, la démence, la goutte, etc.?	

Je déclare par la présente que les réponses contenues dans ma proposition ainsi que les rapports précédents sont vrais, et si j'ai caché quelque chose ou si j'ai rapporté une chose qui ne soit pas vraie, je consens à ce que toutes les sommes qui ont été payées à la Société en conséquence de cette assurance, soient forfaites et que l'assurance soit non-valable.

A ________________ *le* ________________ *188* .

Signature autographe du proposant ____________________

II
Examen médical

de la santé de ______________________________

19. Depuis quel temps connaissez-vous le proposant? . . . . Ou par quel moyen vous êtes-vous convaincu de son identité?	
20. Etes-vous son médecin ordinaire et depuis quel temps l'êtes-vous?	
21. Quel est l'état général et ordinaire de sa santé?	
22. Pour quelles maladies l'avez-vous traité? . (le temps du traitement et les suites de la maladie doivent être spécifiés)	
23. A-t il l'apparence saine? . . . . Son apparence indique-t-elle une maladie ou une faiblesse générale? . . . . L'apparence correspood-elle à l'âge déclaré?	
24. Quelles sont sa constitution et sa musculature?. . . . . Souffre-t il de quelque difformité ou de quelque défaut?	
25. Est-il maigre ou gras? . . . . Dans ce dernier cas, quelle est la longueur de son corps et la circonférence du ventre par le nombril?	
26. Les organes des sens sont-ils sains?. . . Y a-t-il de la suppuration dans l'une ou l'autre des oreilles?. . . . . Y en a-t-il eu auparavant?	
27. Y a-t-il aucun indice de maladie du cerveau, de la moëlle épinière ou d'une autre partie du système nerveux?	
28. La grandeur et la position du cœur sont-elles normales? . . . . Quelle est la force de l'impulsion du cœur? Les palpitations du cœur sont-elles normales ou à quel egard sont-elles anormales? Quel est la fréquence du pouls?. . . . . Quel est l'état général du pouls?	
29. Le thorax est-il bien formé? . . . . . . Le jeu de la respiration est-il normal?. . Le son de la respiration est-il normal?. . Y a-t-il aucune matité de percussion? . . Y a-t-il aucune altération maladive des poumons et laquelle? . . . . La voix est-elle claire ou rauque?	

30. Peut-on observer des veines dilatées au ventre ? . . . . Le ventre est-il gras ? . . . . Y a-t-il des hernies ? et de quelle espèce ? Sont-elles facilement réductibles ? . . . . Le proposant se sert-il de baudages ? . .	
31. L'état de la bouche et du gosier ? . . . . Les organes de la cavité abdominale présentent-ils des indices de maladies, et lesquels ? . . . . L'état de l'évacuation ?	
32. La peau et les organes de la locomotion sont-ils sains ? . . . . Y a-t-il des marques de vaccination, de ventouses ou de saignées ?	
33. Les organes urogénitaux sont-ils sains ? . Pesanteur spécifique de l'urine ? . . . . . Contient-elle de l'albumine, du sucre, du pus ou du gravier ?	
A l'égard des femmes, il faut en outre répondre aux questions suivantes : 34. Quel est l'état des menstrues ? . . . . . Regulier ? Abondant ou rare ? . . . . . A-t-elle eu des couches ? Combien ? La dernière à quelle époque ? Les couches ont-elles été difficiles ou faciles ? . . . . . . Ont-elles laissé des maladies subséquentes ? A-t-elle eu des fausses-couches ? . . . . Combien ? Quand la dernière ? . . . . . Est-elle enceinte ? de combien de mois ? . Les mammelles présentent-elles des formations maladives ?	
35. Considerez-vous son régime comme régulier et modéré, et croyez-vous qu'il en ait toujours été de même ?	
36. Croyez-vous que ses occupations et sa vie puissent influer d'une façon nuisible sur sa santé ?	
37. **Le considérez-vous à présent comme sain et sans aucune disposition définie de maladie?**	
38. Connaissez-vous du reste rien qui puisse rendre une assurance sur sa vie plus hasardeuse que d'ordinaire ?	
39. Avez-vous déjà fait un rapport sur sa santé à une autre Compagnie d'assurance ? Quand et à laquelle ?	

Je déclare, par la présente, sur mon honneur et ma conscience, que j'ai répondu aux questions qui précèdent, d'après mes convictions et mes connaissances.

A_______________, le_______________188 .

____

Médecin de la Compagnie.

On est prié de remettre ce rapport CACHETÉ à l'agent respectif de la Compagnie, sous l'adresse : AU MÉDECIN EN CHEF DE LA COMPAGNIE D'ASSURANCE POUR LA VIE NORDSTJERNAN, A STOCKHOLM.

Rapport de l'Examinateur Médical.

(Confidentiel)

INCLUS PROPOSITION.

Impérial Life Assurance Office

_______________ *Agence.*

_______________ *188* .

MONSIEUR,

Une Proposition à l'effet de contracter une Assurance sur la vie de _______________ *ayant été faite à ce Bureau, les Directeurs vous requièrent, en votre qualité de médecin de la Compagnie, de procéder à l'examen nécessaire. Je vous serai obligé de me faire parvenir votre rapport à l'adresse donnée sur l'enveloppe incluse.*

Je joins aussi la Proposition pour votre édification. VEUILLEZ ME RETOURNER CETTE DERNIÈRE *et, à sa réception, je vous enverrai les honoraires d'usage.*

A _______________
____
____

Je suis, Monsieur,
Votre plus obéissant serviteur
____

QUESTIONS auxquelles il doit être répondu par l'écriture de la personne dont la vie doit être assurée, ou sous sa dictée

1. Déclarez votre Nom, Profession ou Occupation, et votre Age	

2. Déclarez les âges de vos père et mère et de vos frères et sœurs, la condition de santé actuelle de ceux qui vivent, et au mieux de vos souvenirs, les causes de décès de ceux qui sont morts. *Le médecin examinateur est particulièrement prié d'obtenir des renseignements précis sur les causes de chaque décès, et de ne pas accepter, sans de plus amples explications des termes tels que les suivants : dans* l'Enfantement, Hydropisie, Causes naturelles, etc., au lieu des causes précises.	VIVANTS			MORTS		
	Ages		PRÉSENT état de santé	Age à la date du décès		CAUSES de décès
	Père,	Vivant, âgé		Père,	mort, âgé	
	Mère,	Vivante, âgée		Mère,	morte, âgée	
	Frères	Vivant, âgé		Frères	mort, âgé	
		Vivant, âgé			mort, âgé	
		Vivant, âgé			mort, âgé	
		Vivant, âgé			mort, âgé	
	Sœurs	Vivante, âgée		Sœurs	morte, âgée	
		Vivante, âgée			morte, âgée	
		Vivante, âgée			morte âgée	
		Vivante, âgée			morte, âgée	

Questions auxquelles il doit être répondu par la personne dont la vie doit être assurée *(suite)*

3. Avez-vous quelque parent, vivant ou mort, ayant été affecté de Consomption ou de Cancer? et avez-vous été prévenu qu'il y ait des tendances, dans votre famille, au Rhumatisme, à la Goutte, à l'Asthme, à la Paralysie, à l'Apoplexie, à la Folie ou autres maladies héréditaires ? NOTE. — *Si les parents, ou frères ou sœurs, sont morts prématurément, ou s'il y a quelque autre défectuosité dans l'histoire de la famille, donner les âges, etc. des grands parents, oncles et tantes; déclarer aussi à quels parents vous ressemblez.*	
4. Quel est l'état présent et général de votre santé ?	
5. Pour quelles maladies et de qui avez-vous requis l'assistance professionnelle? A quelle époque avez-vous requis, pour la dernière fois, une telle assistance ?	
6. Avez-vous, à quelque degré, souffert de maladie ou d'affection : (*a*) De la tête (Transports, Évanouissements, etc., inclus) ? (*b*) De la Gorge ou de la Poitrine (Crachements de sang, Asthme et Palpitations, inclus) ? (*c*) de l'Estomac, du Foie, des Intestins (Hémorrhoïdes et Fistules incluses)? (*d*) Des Organes urinaires et génitaux ?	
7. Avez-vous, à quelque époque, été affecté de Fièvre rhumatismale ou de Goutte ? Combien de fois ? et quels jointures ou organes du corps ont été affectés ?	
8. N'avez-vous jamais eu d'accident personnel qui ait laissé des conséquences pernicieuses ? Si oui, déclarez sa nature et à peu près la date de son existence ?	
9. Déclarez vos habitudes. 1. Sont-elles strictement sobres et tempérées ? 2. L'ont-elles toujours été ?	
10. Existe-t-il quelques faits, connus de vous, que vous pensiez utile d'être communiqués, en vue de se former un jugement fidèle concernant le risque d'une assurance sur votre vie ?	

SIGNÉ en ma présence, ce ____ jour

de ________________ 188 .

Signature du proposant : } ________

Signature du Médecin examinateur } ________

RAPPORT ET AVIS

du MÉDECIN EXAMINATEUR de la COMPAGNIE D'ASSURANCES SUR LA VIE, IMPÉRIAL, concernant l'acceptation à l'assurance de ______________________________

QUESTIONS	RÉPONSES
1. Avez-vous eu l'occasion de contrôler les déclarations faites dans la proposition ?	
2. (*a*). Connaissez-vous personnellement la personne dont la vie doit être assurée ? Si oui, depuis combien de temps ? (*b*) Lui avez-vous donné vos soins professionnels ? Si oui, pour quelles maladies ?	(*a*). (*b*).
3. L'avez-vous examiné à la percussion et à l'auscultation *au-dessous des vêtements* de façon à vous être assuré de l'état du cœur et des poumons ? Quel est le résultat de votre examen ?	*Pulsations par minute* Nombre ________ *Respirations par minute* Nombre ________
4. Avez-vous examiné la région du Foie, de l'Estomac et de l'Abdomen ? Quel est le résultat d'un tel examen ? (*S'il y a Hernie, déterminer sa situation, si elle est réductible et si un appareil approprié est porté*).	
5. Avez-vous examiné l'urine pour vous assurer s'il y a de l'Albumine ou du Sucre ? Veuillez indiquer la nature de l'urine et le résultat de votre analyse.	*Pesanteur spécifique de l'urine* ________
6. Sur ses habitudes et son genre d'existence. (*a*). Le considérez-vous comme tempérant ? (*b*). Avez-vous découvert des indications d'intempérance antérieure ?	(*a*). (*b*).
7. Quelle est sa conformation générale, son apparence, sa taille, son poids et sa hauteur ? Existe-t-il quelque particularité ou difformité ?	HAUTEUR : Pieds Pouces. POIDS : Stones (14 livres) livres.
8. Son apparence correspond-elle avec l'âge déclaré ?	

Rapport et Avis du Médecin Examinateur. — *Suite*

9. *S'il s'agit d'une femme :* (*a*). Etat passé et présent des fonçtions utérines ? (*b*). Est-elle actuellement enceinte ? (*c*). A-t-elle eu des enfants, combien, ou a-t-elle fait des fausses-couches ; et, dans ce cas, les conséquences ont-elles affecté ou semblé affecter sa santé générale ? Quelle est la date de sa dernière couche ? (*d*). Ses couches ont-elles été accompagnées de quelques difficultés extraordinaires ou de certains dangers ; si oui, ne peut-on apprehender quelques risques pour l'avenir.	
10. Considérez-vous comme utile de demander un rapport du médecin traitant habituel ou quelque déclaration additionnelle ?	
11. Votre opinion est-elle que le proposant atteigne un âge avancé, comme les autres personnes de son âge en bon état de santé ?	
12. Comment classeriez-vous ses chances de longevité, dans la 1re classe, ou seulement favorables, ou douteuses, ou mauvaises ? S'il n'est pas de première classe, veuillez donner vos raisons.	

Daté à ______________ ce ___ jour de ______________ 188

Signature du Médecin Examinateur } ______________________

Aux Directeurs de

THE IMPÉRIAL LIFE OFFICE,

1, OLD, BROAD STREET,

LONDRES, E. C,

CERTIFICAT & RAPPORT DU MÉDECIN DE CONFIANCE

De la Cie de « GOTHA »

Sur la Personne désignée ci-après :

Pour les questions qui suivent, auxquelles le médecin ne pourrait pas répondre d'après l'examen corporel, ni d'après ce qu'il a pu apprendre ailleurs sur l'état de santé du proposant, il devra examiner très attentivement l'ensemble de la personne, étudier les déclarations faites par lui dans les proportions et se baser pour ses réponses sur les déductions qu'il pourra en tirer.

DEMANDES :

1. Quels sont les nom et prénoms complets de la personne à assurer ? Chez les femmes, indiquer aussi le nom de famille. Quelle est la profession et quel est le domicile ?

2. L'avez-vous déjà connue avant, et depuis quand ?

3. Avez-vous pris connaissance des déclarations dans la proposition ?

4. Êtes-vous parent avec elle et à quel degré ?

5. Quand avez-vous procédé à l'examen médical pour le présent certificat et rapport ?

6. Quelles sont, en général, les proportions du corps :
   a) Grandeur ? Bien proportionné ?
   b) Muscles ? Embonpoint ou maigreur ?
   c) Tenue du corps ?
   d) Etat général des forces ?
   e) Existe-t-il une difformité corporelle (scoliose, cyphose, etc) Tous les membres sont-ils complets et intacts ? Si non, quelle est l'influence sur la santé ?
   f) L'aspect correspond-il à l'âge indiqué de   années ?

7. Quels sont l'état et la forme de la tête ?
   a) Couleur et expression du visage ?
   b) Les cheveux ?
   c) L'intérieur de la bouche ? les dents ?
   d) Proportion de la tête au reste du corps ?
   e) Est-ce que des anomalies se montrent ? lesquelles ?
   (p. ex. Rigidité des artères aux tempes ?)

8. Comment sont les organes des sens? Y a-t-il :
   a) L'ouïe dure?
   b) Une matière coulant des oreilles?

9. Quel est l'état du cou?
   a) Proportion du cou comme longueur et épaisseur, à la tête et au tronc?
   b) Y a-t-il un goître? Comment est-il? et de quelle grandeur? A-t-il augmenté jusqu'à présent? Quelle influence exerce-t-il sur la respiration et la circulation?
   c) Y a-t-il des tumeurs ou des cicatrices de tumeurs antérieures et d'abcès?
   d) Le larynx ressort-il d'une façon spéciale? et quel en est l'état?

10. Quel est l'état de la poitrine?
   a) La forme et la voûte du thorax?
   b) Circonférence du thorax, prise avec les bras levés en l'air, à la hauteur des mamelons, et cela
      aa) en respirant profondément centimètres.
      bb) en sortant tout air »
   c) Les fosses de la clavicule sont-elles à remarquer?
   d) Quel est l'état de la respiration?
   e) En respirant, la poitrine s'étend-elle des deux côtés d'une égale façon?
   f) Combien y a-t-il de respirations par minute?
   g) Comment est la voix?
      Si l'on est enrhumé ou si la voix est voilée, dire depuis quand? Si cela est habituel? de quelles causes cela peut venir?
   h) Quels résultats donnent l'auscultation et la percussion des poumons?
      Y a-t-il des signes d'une tuberculose pulmonaire? Et cela donne-t-il lieu à la supposition d'une disposition?
      Y a-t-il emphysème?

11. Quels résultats donnent l'examen du cœur et de la circulation du sang?
   a) Position et volume du cœur?
   b) Rythme, force et volume du battement de cœur?
   c) Etat des sons du cœur?
   d) Fréquence et égalité des battements des artères?
   e) Bruits dans les grandes artères et les veines du cou?
   f) Gonflement et pulsation des veines?

12. Quel est l'état du bas-ventre?
   a) Circonférence prise à la hauteur du nombril? centimètres.
   b) Etat du foie?
   c) Etat de la rate?
   d) La digestion et les selles sont-elles en bon ordre?
   e) Y a-t-il une hernie? et de quelle nature est-elle? Porte-t-on un bandage qui protège suffisamment?
   f) Y a-t-il une difformité ou quelque chose d'anormal au bas-ventre? Surtout y a-t-il un gonflement du côté de l'estomac?
      Y a-t-il à l'anus des fissures, des fistules? des hémorrhoïdes? ou quelque lésion du rectum? etc.

13. Dans quel état sont les organes génito-urinaires ?

(S'il y a indice d'une maladie de la vessie, ou des reins, et aussi dans le cas où la Compagnie demanderait l'examen de l'urine, le consigner ici).

Si la personne à assurer est une femme.

a) Les fonctions utérines sont-elles normales ?

b) Est-elle enceinte ?

c) A-t-elle eu des enfants ? Combien ?

Les grossesses antérieures ont-elles présenté quelque caractère particulier ?
La proposante a-t-elle nourri elle-même ses enfants ?
Y a-t-il eu des naissances avant le terme ? Combien ? et quand ?
Après cela, y a-t-il eu de nouveau des naissances normales ?

d) La proposante a-t-elle été et est-elle encore anémique ?

e) A-t-elle des flueurs blanches ?

f) Etat du vagin et de la matrice ?

14. Qu'est-ce qui apparaît en général sur la peau ?

a) Y a-t-il des éruptions, des boutons ou quelque chose de semblable, et de quelle nature est-ce ?

b) Y a-t-il des traces d'éruptions ou de tumeurs antérieures et de quelle nature ?

c) Y a-t-il des varices ? à quelles parties du corps ? et de quelle importance ?

d) Y a-t-il des cicatrices visibles de la vaccination ? ou des cicatrices de la petite vérole ?

15. Avez-vous déjà traité la personne en question comme médecin ou comme chirurgien ? et si oui :

a) Pour quelles maladies, indispositions, dérangement mental ; blessures corporelles ou infirmités ?

b) A quelles époques ?

c) Avec quels résultats ?

16. De quelles maladies, indispositions, dérangement mental, blessures corporelles, souffrances ou infirmités a-t-elle souffert ou souffre-t-elle encore en dehors de ce qui est cité ci-dessus ?
A quelles époques ces dérangements de santé ont-ils eu lieu ?
Cela a-t-il laissé des traces et lesquelles ?

17. La personne en question s'est-elle soumise à une cure prophylactique, à des saignées, à une cure quelconque de bains d'eaux, de sources, de petit-lait, d'herbes, cures électriques ou climatiques ou semblables ? ou a-t-elle fait un usage prolongé de médicaments spécifiques, surtout de mercure, d'iode etc ?

Si oui, par quelle raison, quand et de quelle nature ?

Y a-t-il des traces d'injections sous la peau ? dans quel but et quelle en est l'extension ?

18. Vous est-il connu ou avez-vous découvert par des questions précises, que de proches parents de la personne ont eu des maladies, dites héréditaires ; p. ex. tuberculose, cancer, goutte, folie, etc., et croyez-vous que la personne en question y soit disposée aussi ?

19. Quelles sont les habitudes de vie intérieure et extérieure du proposant ?

20. Existe-t-il quelque chose pouvant être nuisible à sa santé dans la profession ou les occupations de la personne ?

21. Avez-vous appris ou croyez-vous, d'après ce que vous voyez, devoir supposer qu'elle ne soit pas sobre dans l'usage des boissons alcooliques ?

22. Jugez-vous la personne en question comme étant à présent complètement en bonne santé et exempte de dispositions dangereuses pour une maladie ?

23. Donc la tenez-vous pour propre à être acceptée par la Compagnie ?
et
Croyez-vous qu'elle puisse s'attendre à atteindre un âge avancé ?

Je déclare par la présente avoir répondu aux questions ci-dessus selon mon entière conviction et selon la vérité et n'avoir commis aucune réticence concernant l'état de santé de la personne décrite.

________________ le ____________________

LA FONDIARIA
Compagnie Italienne d'Assurances
SUR LA VIE

SOCIÉTÉ ANONYME PAR ACTIONS
Capital social Lire 25.000.000, Versé 12.500.000 Lire
Autorisée par décret du 10 Mai 1880

Siège à FLORENCE

AGENCE GÉNÉRALE

de ____________

ASSURÉ

M ____________

CERTIFICAT
délivré par le Médecin de la Compagnie

Monsieur le Docteur ____________ à ____________

Monsieur (nom et prénoms) ____________
propose à la Compagnie de s'assurer sur la vie pour un capital de ____________ Francs, pour la durée ____________

Par cette assurance la Compagnie s'engagerait, moyennant une prime proportionnellement assez minime, à payer ledit capital après le décès de l'assuré, mais, pour cela, il est de son intérêt de n'accepter la proposition que dans le cas où celui-ci se trouve dans un état de santé normal.

La Compagnie met en vous toute sa confiance, Monsieur le Docteur, de votre examen dépendant la décision qu'elle doit prendre vis-à-vis de l'assurance proposée; la Compagnie vous prie **d'examiner vous-même, et avec la plus grande attention,** la personne sur la vie de laquelle l'assurance doit reposer; en lui faisant connaître en outre vos conclusions relativement à l'assurance proposée, c'est-à-dire s'il y a lieu de l'*accepter* ou de la *refuser*.

Le présent Certificat se compose de deux parties,: **(Déclarations de la personne à assurer)** première partie, dans laquelle sera donné par l'assuré, les réponses aux demandes ci-indiquées, comme à toutes celles que vous jugerez opportun de lui adresser à l'effet d'être mieux éclairé sur l'importance du risque. *Après avoir rempli de votre main cette première partie du certificat*, vous aurez l'obligeance de faire certifier par la dite personne l'exactitude des déclarations qu'elle aura faites et ensuite **vous certifierez vous-même la siguature qu'elle aura apposée en votre présence.**

Dans la seconde partie **(Rapport confidentiel du médecin)**, qui doit être également remplie de votre main, vous aurez l'obligeance de faire connaître à la Compagnie votre avis sur l'état de santé et sur la constitution physique du proposant, **en vous basant sur l'examen scrupuleux que vous aurez fait.**

Cette dernière partie du certificat devra toujours rester secrète et son contenu ne sera jamais communiqué ni à la personne examinée ni à toute autre personne étrangère à l'administration.

Il est nécessaire que vous me remettiez **sous pli cacheté**, le présent certificat le jour même de l'examen ou le jour après au plus tard.

Agréez, Monsieur le Docteur, l'expression de ma considération distinguée.

LE REPRÉSENTANT DE LA COMPAGNIE,

____________ *le* ____________ *18*

DÉCLARATIONS DU PROPOSANT

SOUMIS A L'EXAMEN DU MÉDECIN DE LA COMPAGNIE

(Prière de ne laisser aucune demande sans réponse)

Nom ___

Prénoms ___

Profession ___

Demeure (*rue et numéro*) ___

Date de naissance ___

Lieu de naissance ___

Votre père et votre mère sont-ils vivants et sains ?
Quel âge ont-ils ?
Si morts — A quel âge et de quelle maladie sont-ils morts ?

Connaissez-vous dans votre famille des cas de **Phtisie, Cancer, Aliénation mentale, Epilepsie, etc. ?**

Avez-vous des frères et sœurs ? Combien ? Quel âge ont-ils ?
Ont-ils toujours été en bonne santé ?
De quelle maladie sont morts ceux que vous avez perdus ?

Avez-vous des enfants ?
Quel est leur état de santé ?
S'ils ont été malades, de quelle maladie ont-ils souffert ?

Quelles maladies avez-vous eues ?
Quelle a été leur durée ; quel intervalle entre l'une et l'autre ; quand avez-vous eu la dernière ?
Quel est votre médecin habituel ?

Avez-vous demeuré à l'étranger ? Y avez-vous souffert de quelque maladie ?

S'il s'agit d'un homme :

Avez-vous été accepté ou refusé par le conseil de révision ?
Dans le cas de refus, quels en furent les motifs ?

S'il s'agit d'une femme :

Depuis combien de temps êtes-vous mariée ?
Avez-vous eu des enfants ? Combien ?
Vos grossesses et vos couches ont-elles été heureuses, ou bien avez-vous eu des inconvénients à souffrir et lesquels ?
Avez-vous eu ou avez-vous des indispositions ou maladies inhérentes à votre sexe ?
Actuellement êtes-vous enceinte ?

Êtes-vous prêt ou prête (suivant le sexe) **à déclarer que vous n'avez rien caché ou altéré qui pourrait tromper la Compagnie sur la décision qu'elle doit prendre à l'égard de l'assurance sur votre tête ?**

(*On recommande particulièrement de ne pas oublier la réponse à cette demande*).

Je soussigné déclare exactes et conformes à la vérité les déclarations qui précèdent.

A ___ *le* ___ *18*

LE PROPOSANT, (*Signature*)

Je soussigné déclare que la signature ci-dessus a été faite pardevant moi.

A ___ *le* ___ *18*

LE MÉDECIN DE LA COMPAGNIE, (*Signature*)

RAPPORT CONFIDENTIEL

RÉDIGÉ PAR LE MÉDECIN DE LA COMPAGNIE
SUR L'ÉTAT DE SANTÉ DU PROPOSANT

(*Prière de ne laisser aucune demande sans réponse*)

---

1. Dans la localité où habite habituellement le proposant, les maladies endémiques et principalement les fièvres de la malaria dominent-elles ?

2. Connaissez-vous le proposant qui a signé les déclarations précédentes et qui vient se soumettre actuellement à votre examen ?
   - Dans le cas affirmatif, depuis quand le connaissez-vous ?
   Ne l'avez-vous jamais soigné ? pour quelles maladies et de quelle gravité ?

3. De quelle constitution est-il doué ?
   De quel tempérament ?
   Quelle est sa taille ? (*Indiquer la mesure en centimètres*)
   Quelle est la circonférence précise du thorax au niveau du bout des seins, tant à l'inspiration qu'à l'expiration ?
   Comment est, en général, l'aspect de sa personne, et principalement l'état du panicule sous-cutané et du système musculaire ?

4. Existe-t-il des anomalies dans la conformation du corps ?
   Dans le cas affirmatif, en quoi consistent-elles, et de quelles causes dérivent-elles ?
   Sont-elles de nature à avoir une influence quelconque sur l'état de sa santé ?

5. *Existe-t-il sur la superficie extérieure du corps, des veines variqueuses, des signes de scrofules, de syphilis ou affections cutanées ?*
   Présente-t-elle des cicatrices de vaccination et de variole ?

6. *Existe-t-il une hernie ?*
   De quelle espèce ?
   Est-elle réductible et facile à contenir ?

7. Existe-t-il excroissance, carie, difformité ou autre anomalie dans les os ?
   Dans quel état se trouvent les diverses articulations ?
   Portent-elles des traces de maladies précédentes ?

8. Quel est l'état des fonctions intellectuelles ?
   Le proposant est-il sujet à des dérangements du système nerveux ?
   Lesquels ?

9. Les appareils de la vue et de l'ouïe sont-ils sains ?

10. L'ithsme de la gorge et des tonsilles sont-ils à l'état normal ?
    La parole est-elle claire ?
    Existe-t-il des signes de maladie du Larynx ?

11. *Par l'inspection, la palpation, percussion et auscultation de la poitrine, reconnaît-on des signes quelconques* d'affection des

organes de la respiration, et principalement de catarrhe bronchique, de broncho-pneumonie, de tuberculose, d'emphysème, etc. ?
Quel est l'état précis de la respiration ?
Subit-elle de graves changements par l'effet de la parole et d'une ascension précipitée, etc. ?
A-t-il craché du sang ?

12. *Par l'inspection, la palpation, percussion et auscultation de la région cardiaque*, y a-t-il des signes **d'hypertrophie, de vices valvulaires, de rétrécissement des orifices ou autres maladies du cœur ?**
Comment sont les pulsations et quelle quantité ?

13. A-t-il souffert de rhumatismes aigus ou chroniques, musculaires ou articulaires ?
Les extrémités inférieures sont-elles quelquefois *œdémateuses ?*

14. Quelle est la circonférence précise du ventre ou diamètre maximum ?
Rencontre-t-on des signes de maladies des organes abdominaux par suite de l'examen du bas ventre ?
Existe-t-il une augmentation du volume du foie ?
Existe-t-il un accroissement de la rate ?
Existe-t-il un vice hémorrhoïdaire ?

15. Les fonctions du tube gastro-intestinal sont-elles normales ?
S'il y a des irrégularités, en quoi consistent-elles ?
A-t-il jamais souffert du vomito, et dans ce cas, de quelle nature ?

16. Les fonctions des organes génito-urinaires s'accomplissent-elles régulièrement ?
Dans le cas où le médecin douterait que le proposant soit atteint de **diabète ou d'albuminurie ou maladie de Bright,** *il devra fournir la composition des urines, obtenue au moyen de* **l'analyse chimique.**
N'y a-t-il aucune anomalie dans les organes sexuels ?
Y a-t-il des varices, de quelle nature sont-elles ?

S'il s'agit d'une femme :

Existe-t-il prolapsus, abaissement ou tout autre anomalie dans la position de l'utérus ?

17. Quel est son genre de vie et son régime ?
Est-il adonné aux plaisirs vénériens ?
Quel usage fait-il des boissons alcooliques ?
Présente-t-il quelque signe d'alcoolisme ?

---

18. **OBSERVATIONS PARTICULIÈRES.**— *Le Docteur est prié de noter dans cet espace toutes les observations de nature à éclairer la Compagnie sur l'importance du risque ; autrement il devra déclarer qu'il n'a aucune observation particulière à faire.*

CONCLUSION

En résumé, le Médecin dira si la personne soumise à son examen peut vivre, *selon toutes les probabilités*, encore le **nombre d'années indiquées dans la colonne de' probabilité de la vie**, *selon le tableau suivant* :

AGE	Probabilité de Vie	AGE	Probabilité de Vie	AGE	Probabilité de Vie
ANS	ANNÉES	ANS	ANNÉES	ANS	ANNÉES
25	37	37	30	49	21
26	37	38	29	50	20
27	36	39	28	51	20
28	35	40	27	52	19
29	35	41	27	53	19
30	34	42	26	54	18
31	33	43	25	55	17
32	33	44	25	56	17
33	32	45	24	57	16
34	31	46	23	58	15
35	31	47	22	59	15
36	30	48	22	60	14

Il ajoutera en outre, comme **Conclusion**, si l'assurance proposée lui paraît **excellente, bonne, passable ou à refuser.**

A ________ *le* ________ *18* LE MÉDECIN DE LA COMPAGNIE,

Le présent certificat, **absolument confidentiel**, devra être adressé **sous pli cacheté** au représentant de la Compagnie. Ce pli sera transmis au Directeur Général à sans être décacheté.

L'ÉQUITABLE (DES ÉTATS-UNIS) COMPAGNIE D'ASSURANCES SUR LA VIE

(THE EQUITABLE LIFE ASSURANCE SOCIETY OF THE UNITED STATES)

Siége social : N° 120, Broadway, NEW-YORK. — Direction pour la France : Nos 36 et 36 *bis*, Avenue de l'Opéra, PARIS

Lorsqu'il s'agit d'une assurance de 100.000 francs ou plus, la personne à assurer doit être examinée par deux médecins

DÉCLARATIONS DU PROPOSANT AU MÉDECIN EXAMINATEUR

1. Age 2. Profession

3. A. Si le PÈRE et la MÈRE de la personne dont la vie est à assurer sont vivants, indiquer leur AGE et leur état de santé. B. S'ils sont morts, à quel âge ? C. De quelle maladie sont-ils morts ?		A. Age et état de santé s'ils sont en vie.	B. Age lors du décès	C. Cause du décès
	Père			
	Mère			

4.	Combien la dite personne en a-t-elle eu ?	Combien y en a-t-il de vivants ? Indiquer leur âge et l'état de leur santé.	Combien y en a-t-il de morts et à quel âge sont-ils morts ?	De quelle maladie sont-ils morts ?
Frères				
Sœurs				

5. A. A quel âge sont morts les GRANDS PARENTS du proposant ? B. Parmi eux, ou parmi ses ONCLES et TANTES, y en a-t-il qui, à sa connaissance, soient morts ou aient été atteints de maladies de poitrine, de scrofule, de folie, de la goutte ou de quelque autre maladie héréditaire ? C. Si oui, quel était l'âge de ces personnes à leur mort ? D. Indiquer en détail les causes de la mort ?	A.	B.
	C.	D.

NOTA. — En indiquant la cause de la mort, éviter d'employer des termes peu précis, tels que *faiblesse*, *retour d'âge*, *fièvre*, *refroidissement*, etc. Si une personne est morte en couches, indiquer le temps écoulé entre l'accouchement et le décès, et aussi si elle a présenté des symptômes de maladies de poitrine, tels que toux ou crachement de sang.

6. A. Le postulant est-il habituellement d'une bonne santé ?	A.
B. Le postulant a-t-il récemment augmenté ou diminué de poids ?	B.
C. Si oui, dans quelle proportion ? et avec quelle rapidité ?	C.
7. Le postulant a-t-il été : A. vacciné ?	A.
B. revacciné ?	B.
C. à quel âge ?	C.

8. Le postulant a-t-il eu une des maladies suivantes ? Si oui, en indiquer l'époque, la durée et la gravité.

Rougeole..................	Convulsions................	Fièvre intermittente.........	Palpitations................
Variole....................	Chorée....................	Dyssenterie................	Dyspepsie.................
Scarlatine.................	Paralysie infantile...........	Pneumonie.................	Ictère.....................
Maladies de la peau..........	Epilepsie..................	Bronchite..................	Coliques hépatiques..........
Abcès ganglionnaires........	Rhumatisme articulaire.......	Hémoptysie................	Coliques néphrétiques.......
Ecoulements d'oreilles........	Goutte....................	Pleurésie..................	Maladies de vessie...........
Maux d'yeux...............	Fièvre typhoïde.............	Accès d'asthme............	Syphilis...................

9. A. Le postulant a-t-il subi des opérations chirurgicales ? Si oui, quelle opération ?	A.
B. Le postulant a-t-il eu des blessures ? Si oui, indiquer l'époque, la gravité, les conséquences.	B.
C. Le postulant a-t-il une hernie ?	C.
10. A. Quelles boissons consomme le postulant ?	A.
B. En quelle quantité ?	B.

11. Si la personne est du sexe féminin, dire :	
A. Si elle a eu des enfants.	A.
B. Combien elle en a eu.	B.
C. Si elle est eneeinte.	C.
D. L'époque de sa dernière grossesse.	D.
E. Si elle a eu des fausses eouehes.	E.
F. Si les accouchements ont été diffieiles.	F.
G. Si la personne est mariée pour la première fois.	G.
H. A quelle maladie a sueeombé le premier mari.	H.
I. Combien elle a eu d'enfants du premier lit, du second.	I.
J. Si les fonetions utérines sont régulières.	J.
K. Si elle a jamais souffert de désordres utérins ou menstruels.	K.

Le postulant déclare que toutes les réponses faites aux questions précédentes sont rigoureusement conformes à la vérité.

Signature du postulant, apposée en présence du médecin.

Lorsqu'il s'agira d'une assuranee de 100,000 francs ou plus, la personne à assurer devra être examinée par deux médeeins.

RAPPORT DU MÉDECIN EXAMINATEUR

1. Le postulant reconnaît-il et accepte-t-il les RÉPONSES données par lui dans sa proposition ?

2. Depuis combien de temps personnellement connaissez-vous le postulant ?

3. Donnez aussi exactement et aussi complètement que possible, dans le tableau ci-dessous, la description de la personne à examiner.

RACE		NATIONALITÉ		MESURE du tour de la poitrine sous le gilet		YEUX	CONFORMATION GÉNÉRALE	État de la Peau	DÉFAUTS ou déformations physiques
ÂGE	POIDS	TAILLE	MESURE du tour de l'abdomen	Après expiration	Après inspiral^{on}	CHEVEUX { couleur : / abondance :		Les os sont-ils gros ou petits ?	
Profession	kilos	M^{re} C^{res}	M^{re} C^{res}	M^{re} C^{res}	M^{re} C^{res}	CONSTITUTION			

4. Y a-t-il quelque défaut de proportions dans la taille, le poids ou le volume du postulant ?

Si oui, dire si le père ou la mère ou quelque autre de leurs enfants présente la même conformation, et avec lequel des deux premiers le postulant a la plus grande ressemblance physique.

5. A. Le MURMURE RESPIRATOIRE et la NOTE de PERCUSSION sont-ils clairs, distincts et normaux dans toute l'étendue des deux poumons ? B. La respiration est-elle pleine, aisée et régulière ? C. L'examen physique révèle-t-il quelque chose d'anormal dans l'état des ORGANES RESPIRATOIRES.	A. ____ B. ____ C. ____
6. A. Le FONCTIONNEMENT DU CŒUR est-il régulier, libre et vigoureux ? B. Les bruits et le rythme du cœur sont-ils réguliers et normaux ? C. Donner le nombre de pulsations par minutes. D. Le pouls est-il intermittent, irrégulier ou inégal ? E. L'examen physique révèle-t-il quelque chose d'anormal dans l'état du CŒUR ou des VAISSEAUX SANGUINS ? *Si le nombre des pulsations est supérieur à 88, ou inférieur à 54, remettez l'examen à un autre moment.*	A. ____ B. ____ C. ____ D. ____ E. ____
7. A. Donner le poids spécifique de l'urine et sa réaction. — Chercher, par l'analyse, si l'urine contient de l'albumine ou du sucre. B. Jugez-vous nécessaire ou utile de faire l'examen microscopique des urines?	A. { Poids spécifique ____ Albumine ____ Réaction ____ Sucre ____ B.
8. A. Découvrez-vous, d'après votre examen et vos instigations, quelque preuve de maladie, ou de trouble fonctionnel passé ou présent, dans le CERVEAU ou dans le SYSTÈME NERVEUX ? *Si oui, donner des détails.* B. Soit dans les organes de la RESPIRATION ? C. Soit dans les organes de la CIRCULATION ? D. Soit dans les organes de la DIGESTION ? E. Soit dans les organes GÉNITO-URINAIRES ? F. Soit dans les organes de la GÉNÉRATION ? G. Soit dans les organes de la LOCOMOTION ? H. Soit dans le SYSTÈME CUTANÉ ? I. Soit dans les organes des SENS ? J. Découvrez-vous quelque preuve que le proposant ait jamais eu la SYPHILIS ?	A. ____ B. ____ C. ____ D. ____ E. ____ F. ____ G. ____ H. ____ I. ____ J. ____

9. A. Trouvez-vous quelques tendances, passées ou présentes, à la TOUX, à l'EXPECTORATION, à la gêne de la RESPIRATION, ou aux PALPITATIONS DE CŒUR ?	A.
B. Trouvez-vous quelque PRÉDISPOSITION, héréditaire ou acquise, à une maladie spéciale ? *Si oui, donner des détails.*	B.
10. A. Trouvez-vous quelque cas de PHTISIE ou autre MALADIE HÉRÉDITAIRE chez le père, la mère, les frères ou les sœurs du postulant ? *Si oui, donner des détails.*	A.
B. Y a-t-il quelque indice que la personne fasse abus des boissons alcooliques ?	B.
11. Trouvez-vous quelque PARTICULARITÉ DÉFAVORABLE dans la constitution physique du postulant, dans ses antécédents ou ceux de sa famille, dans sa résidence (est-elle malsaine ou exposée aux influences palustres ?), dans ses occupations (l'exposent-elles à quelque danger spécial ?), dans ses habitudes ou l'état de ses affaires ? *Dans ce cas, et si cependant vous approuvez l'assurance, exposez d'une manière détaillée les raisons pour lesquelles vous recommandez d'encourir le risque ; et expliquez en quoi consiste cette particularité défavorable.* *S'il parvenait à votre connaissance quelques faits délicats pouvant influer sur les risques de l'assurance relatifs à des habitudes de vie douteuse, à la parenté, à des embarras pécuniaires, etc., écrivez directement aux Directeurs médicaux, au siége de la Compagnie ; cette lettre sera considérée comme strictement confidentielle.*	

12. A. Avez-vous lu attentivement LES DÉCLARATIONS faites par le postulant dans sa proposition ?	A.
B. A-t-on employé quelques termes ambigus en rapportant les causes de décès dans la famille ? *Si oui, dire quelles ont été les causes de mort autant qu'il vous a été possible de les découvrir.*	B.
13. Avez-vous besoin de quelque information du médecin de la personne à assurer ? *Si oui, avant de signer votre rapport, exigez du postulant ou de l'agent le certificat du médecin qui devra être fait sur le questionnaire fourni par la Compagnie dans ce but.*	
14. A. Pour une personne de l'âge et du sexe du postulant, pensez-vous que les CHANCES DE VIE soient les meilleures possibles ; ou seulement bonnes ; ou médiocres ; ou tout à fait mauvaises ?	A.
B. Dans ces derniers cas, quelle est la raison qui vous fait ranger ces chances de vie dans les catégories inférieures ?	B.
C. Considérez-vous professionnellement le risque comme SUREMENT GARANTI pour francs ______ dans les conditions demandées ? *Si vous avez quelque hésitation à répondre* OUI, *donnez à la Compagnie l'avantage du doute en répondant* NON, *et écrivez une lettre confidentielle aux Directeurs médicaux, au siége de la Compagnie.*	C.

REMARQUES. — Le Médecin est prié d'ajouter toutes les remarques additionnelles qui pourraient intéresser l'assurance et qui n'auraient pas été prévues dans les questions ci-dessus.

Je, soussigné, certifie avoir examiné aujourd'hui, en particulier, la personne sus-nommée et avoir écrit de ma main les réponses ci-dessus.

Fait à ______________
le ______________ *188* } ______________ *Médecin examinateur.*

AVIS DU MÉDECIN-DIRECTEUR RÉSIDANT A PARIS

Fait à Paris, le ______________ *188* ______________ M. D.

AVIS DU CONSEIL MÉDICAL DE LA COMPAGNIE A NEW-YORK

Fait à New-York, le ______________ *188* ______________ M. D.
______________ M. D.

PROBABILITÉS DE VIE

Le problème de la durée de la vie humaine a dû s'imposer à l'esprit des premiers hommes. Il découlait naturellement de l'instinct de conservation.

Depuis, il n'a rien perdu de son intérêt. Il n'a cessé d'être l'objet des recherches des naturalistes et des philosophes et, aujourd'hui encore, nous l'abordons avec la même curiosité et la même inquiétude.

Le problème était moins facile à résoudre qu'il ne semble au premier abord. De tous les êtres supérieurs, l'homme est certainement celui dont la durée de la vie est le moins certaine. Son existence n'est pas seulement exposée aux maladies et aux accidents. Elle est encore mise en péril par des excès qui enfreignent à chaque instant les lois protectrices de l'instinct ; elle est surtout dépendante des passions et des préoccupations morales ou intellectuelles. Ces désordres

physiques ou psychiques qui sont particuliers à son espèce, en raison de sa liberté, sont même les causes les plus fréquentes de l'affaiblissement de son organisme et de sa mort.

C'est ce qui a fait dire à P. Flourens : « L'homme ne meurt pas, il se tue ! »

Aussi nous connaissions depuis longtemps la durée ordinaire de la vie des animaux domestiques, bien avant d'être fixés sur celle que la nature nous a départie.

Cependant, depuis un siècle, la question a fait de grands progrès grâce aux travaux des mathématiciens et des assureurs, et nous sommes en mesure de la résoudre à l'aide de documents dont personne ne pourra contester la valeur.

Nous ne referons pas ici l'histoire de la statistique qui remonte au jurisconsulte Ulpien, 170 ans après J.-C.

Nous nous bornerons à rappeler que quelques essais de tables de mortalité ont été tentés d'abord par le célèbre astronome Halley, à Breslau, en 1693, et par Kerseboom, en Hollande, en 1738, et qu'enfin, en 1746, Deparcieux publia sa table des tontiniers, c'est-à-dire des personnes qui, suivant le système italien, importé par un

nommé Tonti, s'étaient cotisées en commun au profit des survivants.

Ce système était le précurseur de l'assurance, en ce sens qu'il avait pour base la durée de la vie humaine ; mais il était conçu dans un sentiment égoïste, qui est l'opposé du principe généreux de l'assurance sur la vie.

Les adhérents n'entraient dans l'association qu'avec la conviction ou du moins l'espoir de suivre le convoi d'un grand nombre de leurs co-intéressés et de profiter ainsi prochainement de leur défection forcée.

Une pareille spéculation, on le conçoit, ne pouvait se présenter à l'esprit de personnes malades ou faibles. C'est donc avec raison que la table de Deparcieux est connue sous le nom de « table de têtes choisies. »

Elle fut suivie en 1806 de celle de Duvillard sur l'ensemble de la population.

Ce sont ces deux tables qui ont servi de base aux tarifs de nos Compagnies d'assurances.

Elles ont été contrôlées, rectifiées, confirmées ou contredites par de nouvelles tables d'une autorité incontestable, celle des

Compagnies d'assurances anglaises de 1869. et celles des compagnies d'assurances françaises de 1878.

L'exactitude et l'esprit de méthode qui président à toutes les choses d'assurances donnent un caractère d'authenticité scientifique particulier aux tables d'expérience dont nous venons de parler. Elles sont établies sur un grand nombre de fiches ingénieusement remplies, qui résument elles mêmes toutes les opérations d'assurances depuis leur origine jusqu'à ce jour.

L'institution des assurances aura encore ce mérite d'avoir fourni les renseignements les plus précis sur la durée de la vie humaine (1).

(1) Le gouvernement italien, le premier en Europe, a compris l'importance des documents statistiques qui peuvent être recueillis par les Compagnies d'assurances. A la date du 15 février 1887, il a adressé une circulaire à toutes les Compagnies opèrant en Italie, pour les prier de donner leur avis sur la forme des fiches qui devront lui être fournies pour chaque affaire acceptée par elles.

Par respect pour le caractère confidentiel des opérations d'assurances, il ne propose pas aux Compagnies d'indiquer le nom de l'assuré. Il se borne à leur demander le numéro d'ordre et les conditions principales du contrat.

Ce document est une reconnaissance officielle de ce que nous avons avancé précédemment.

Avant les Compagnies d'assurances, aucune administration n'avait tenu des registres aussi réguliers ni aussi intéressants sur les dates de naissance et sur celles de décès d'un grand nombre d'individus.

Les registres de l'état-civil n'existaient pas avant la fin du siècle dernier. Il était donc très difficile de grouper les éléments nécessaires à une statistique sincère sur la vie humaine, et c'est seulement sous Napoléon Ier que fut organisé en France, au ministère de l'Intérieur, une division spéciale de statistique chargée de donner une impulsion aux travaux de statistique et d'en centraliser les résultats.

Nous publions ci-après un tableau complet de la vie moyenne et de la vie probable suivant les tables de Deparcieux, de Duvillard, des Compagnies anglaises et des Compagnies françaises.

Pour en rendre le résultat plus saillant, nous faisons suivre ces tables de deux graphiques qui, sous forme de courbes, fournissent des figures exactes et mnémotechniques des diverses chances de vie depuis la naissance jusqu'à l'âge de 100 ans.

Les chiffres de la vie moyenne à chaque

âge s'obtiennent en relevant sur une table de mortalité les durées de vie de toutes les personnes qui étaient vivantes à la date initiale de l'observation, en les additionnant et en divisant le total par le nombre des vivants observés.

C'est la moyenne dans le sens mathématique du mot.

La vie probable ainsi que son nom l'indique, exprime exactement pour chaque âge la durée de vie restant à courir, c'est-à-dire celle pour laquelle il existe autant de chances favorables que de chances contraires. En d'autres termes, la vie probable devient la vie certaine lorsqu'il s'agit d'un grand nombre de têtes assurées.

Elle se détermine en cherchant combien il faut de temps pour que l'ensemble des têtes observées se soit réduit de moitié.

La vie moyenne et la vie probable se déduisant des mêmes tables, il semblerait naturel, au premier abord, qu'elles fussent absolument semblables et, en effet, elles le seraient si la marche de la table se produisait d'une façon régulière ou, en d'autres termes, si le nombre des décès annuels restait constant jusqu'à l'extinction du groupe.

Il est loin d'en être ainsi, et l'on comprendra facilement les différences qui existent entre les deux tables si l'on veut bien réfléchir qu'à partir du moment où la moitié des têtes a disparu, alors que la vie probable est définitivement fixée par ce seul fait et demeure la même, quel que soit le sort des têtes survivantes, le chiffre de la vie moyenne reste en suspens jusqu'au décès du dernier individu du groupe, et peut être augmenté par la seule présence de quelques centenaires.

Le plus ordinairement, les décès augmentent en raison contraire du nombre de têtes, en sorte que la vie moyenne demeure un peu inférieure à la vie probable.

La vie moyenne est le type préféré des statisticiens. Pour les assurances sur la vie, il vaut mieux s'en tenir à la vie probable. Elle doit servir d'étalon au médecin d'assurances. C'est elle qu'il doit consulter lorsqu'il se trouve en présence d'une des dernières questions du rapport. Le proposant est-il dans les conditions voulues pour vivre aussi longtemps que le comporte son âge.

En examinant les courbes de nos tableaux, on sera frappé de la concordance presque parfaite de l'ancienne table de De-

parcieux et de celle des Compagnies anglaises.

C'est une preuve très concluante de l'augmentation de la vie humaine depuis un siècle.

Il ne faut pas l'oublier, les observations de Deparcieux se sont exercées sur des listes de gens riches qui spéculaient sur leurs chances de survie. Elles ont formé des tables de sélection d'où ressortaient des chiffres de vie moyenne et de vie probable bien supérieurs à ceux de l'ensemble de la population.

Les tables des Compagnies anglaises, au contraire, ne comportent que des assurés en cas de décès, c'est-à-dire des gens de toutes les conditions et de toutes les classes, qui étaient plutôt guidés par la crainte de la mort que par l'espoir d'une longue vie. Sans l'examen médical, la qualité des risques qui se présentaient serait descendue promptement au-dessous de la normalité. On peut admettre qu'elle reste un peu au-dessus.

Il n'en est pas moins vrai qu'il est consolant de voir que de nos jours et dans le pays où l'on sait le mieux abuser de l'assurance, l'ensemble des assurés présente une mortalité à peu près semblable à celle des têtes choisies par Deparcieux.

Les tables des Compagnies françaises donnent des résultats plus satisfaisants qui s'expliquent par le mélange des rentes viagères avec les assurances en cas de décès.

Les rentiers viagers, comme les tontiniers de Deparcieux, sont des gens qui vivent longtemps, sous la double et précieuse influence de leur caractère et de la tranquillité d'esprit résultant de leur position pécuniaire.

De nos jours, c'est la table de Deparcieux ou celle des Compagnies anglaises qui est l'expression la plus rapprochée de la réalité.

Et l'augmentation de la durée de la vie humaine qui est constatée par ces deux tables n'est que la continuation d'une progression que le docteur allemand J. L.-Casper, (1835) s'est attaché à mettre en lumière dans son remarquable ouvrage sur la durée probable de la vie de l'homme.

Il l'a fait justement en vue des assurances sur la vie, dont il a été un des premiers à prévoir le développement.

Il a démontré que la vie humaine avait augmenté depuis Ulpien et qu'elle s'était accrue de dix ans depuis un siècle seulement.

Cela n'a rien d'étonnant si l'on tient compte du progrès des sciences et des arts,

de l'adoucissement des mœurs, de l'amélioration des usages, de la vulgarisation du confortable et de l'hygiène, surtout si l'on croit à cet aphorisme de Buffon : « L'homme « qui ne meurt pas de maladies acciden- « telles, vit partout 90 ou 100 ans. »

Il est certain qu'un des plus précieux efforts de la civilisation est de diminuer le nombre des maladies accidentelles.

Mais Buffon n'a voulu parler que de l'homme bien constitué et, encore, s'est-il exprimé en naturaliste à système préconçu, en prétendant que la vie humaine est partout la même.

C'est le même esprit qui a fait dire à Flourens dans la *Longévité humaine* : « Buf- « fon a raison. La durée de la vie ne dépend « ni du climat, ni de la nourriture, ni de « la race ; elle ne dépend de rien d'extérieur, « elle ne dépend que de la constitution inti- « me, et, si je puis ainsi parler, que de la « vertu intrinsèque de nos organes. »

Finlaison soutenait une théorie semblable. Il prétendait même que l'assureur n'avait aucun choix à faire entre les risques qui lui étaient offerts.

Tous les jours, l'expérience professionnelle démontre le contraire, d'accord avec la statis-

tique ; et la principale préoccupation de l'assureur doit être d'étudier les modifications que les circonstances peuvent apporter aux lois de la mortalité générale.

L'examen médical nous apprend si tous les organes du proposant fonctionnent normalement et si sa constitution ne présente aucun vice originel ou acquis ; cependant, il serait téméraire de nous guider exclusivement sur les constatations des rapports et d'appliquer à l'individu ce que Buffon disait de l'espèce considérée dans l'ensemble de ses races répandues sur le globe. Il est essentiel, au contraire, de tenir compte du sexe, du milieu social, de l'état de fortune, de l'état-civil, du lieu de séjour et de la profession de la personne examinée.

A ce sujet, nous croyons intéressant de citer quelques observations et quelques chiffres qui ont été recueillis par nos meilleurs statisticiens.

Presque à tous les âges, les femmes ont une existence plus longue que celle des hommes (1).

(1) En France, Buffon, Deparcieux, Benoiston de Châteauneuf, de Pétigny, Villermé ; en Belgique, Quetelet ; en Hollande, Kerseboom ; en Angleterre, Finlaison ; en Prusse, Sussmilch et Baumann ; en Suède, Wargentin ; en Suisse, Odier, etc., tous sont d'accord sur ce point.

La portion de leur vie où elles sont le moins favorisées, c'est celle qui s'écoule depuis l'âge de la puberté jusqu'à 30 ans, et cela s'explique facilement.

Passé 100 ans, les femmes fournissent moins de vieillards remarquables que les hommes; mais l'époque de la ménopause n'est pas aussi redoutable pour elles qu'on le croit généralement.

Benoiston de Châteauneuf a fait une étude spéciale de la question.

Sur mille individus pris dans chaque sexe, au jour de la naissance, il est resté:

A L'AGE DE :	HOMMES	FEMMES
10 ans	534	579
20 —	485	527
50 —	307	332
60 —	229	255
70 —	133	151
80 —	44	53

La longévité des femmes est aussi constatée par les chiffres suivants extraits des tables populaires de C. M. Willich, publiées à Londres en 1857.

Vie probable, suivant la statistique des rentiers du gouvernement anglais

AGES	HOMMES	FEMMES
0	50.16	55.51
5	48.93	54.23
10	45.57	51.05
15	41.76	47.19
20	38.39	43.99
25	35.90	40.86
30	33.17	37.57
35	30.17	34.31
40	27.02	31.12
45	23.75	27.81
50	20.30	24.35
55	17.15	20.79
60	14.39	17.35
65	11.63	14.
70	9.22	10.99
75	7.12	8.46
80	4.94	6.50
85	3.12	4.84
90	1.95	2.83

L'inégalité de mortalité est si grande entre les deux sexes qu'elle compense l'excédant des naissances des garçons sur celles des filles, et neutralise les dangers qui sont par-

ticuliers à la femme : les grossesses et les accouchements.

Cette importante loi naturelle est généralement admise. Elle est indiscutable, et pourtant, chose digne de remarque, chaque jour la pratique des assurances semble la contredire.

Une Compagnie américaine, *la Provident Life and Trust Company*, vient de publier un travail très instructif sur les décès de ses assurés. Nous y trouvons un résultat absolument contraire à l'opinion des statisticiens sur la longévité des femmes. Les tableaux et les graphiques de cette Compagnie indiquent une mortalité excessive des femmes de 20 à 30 ans, époque des premières couches, et démontrent que la mortalité des femmes est plus grande que celle des hommes presque à tous les âges.

La même remarque a été faite dans un grand nombre de Compagnies de divers pays.

Nous reproduisons une table qui permet d'établir une comparaison de la mortalité entre les deux sexes parmi les assurés anglais. Cette table remonte à l'année 1869 et repose sur les éléments qui ont servi à établir la table anglaise d'expérience N° 2.

MORTALITÉ PARMI LES HOMMES ET LES FEMMES
D'après la Table de Mortalité n° 2, de 1869

AGES	HOMMES	FEMMES	EN PLUS chez les HOMMES	EN PLUS chez les FEMMES
15 à 19	0.47	0.86	—	0.39
20 à 24	0.69	0.85	—	0.16
25 à 29	0.69	1.18	—	0.49
30 à 34	0.82	1.13	—	0.31
35 à 39	0.95	1.21	—	0.26
40 à 44	1.07	1.28	—	0.21
45 à 49	1.36	1.39	—	0.03
50 à 54	1.74	1.57	0.17	—
55 à 59	2.40	2.02	0.38	—
60 à 64	3.48	2.86	0.62	—
65 à 69	5.02	5.37	0.65	—
70 à 74	7.33	6.84	0.49	—
75 à 79	11.00	10.66	0.34	—
80 à 84	16.52	12.51	4.01	—
85 à 89	22.35	22.82	—	0.47
90 à 94	32.75	22.68	10.07	—
95 à 99	54.55	33.33	21.22	—

Ces chiffres montrent que la mortalité parmi les femmes assurées, jusqu'à l'âge de 45 ans, est considérablement plus grande que chez les hommes. Elle ne devient égale à la leur, et même moindre, qu'aux âges seulement où elles ne sont plus exposées aux épreuves et aux fatigues inhérentes à leur sexe.

Comment expliquer cette différence entre les faits de l'expérience particulière des Com-

pagnies et les données de la statistique à un point de vue général?

Par l'infériorité voulue des risques féminins que la spéculation engage dans l'assurance.

La femme est loin de jouir de l'initiative de l'homme. Elle contracte rarement un contrat d'assurance de son propre mouvement, dans un but de prévoyance ou de générosité. La plupart du temps, elle obéit à des sollicitations ou à des inspirations intéressées. Il y a presque toujours lieu de craindre que la femme ne soit atteinte dans sa santé, lorsque son entourage la dirige vers l'assurance.

Du reste, il ne faut pas l'oublier, le contrat d'assurance sur la vie n'est pas autre chose qu'un contrat d'indemnité en faveur des bénéficiaires. Il doit avoir pour but de procurer à ces derniers une compensation de la perte matérielle qui leur est causée par le décès de l'assuré.

Or, sauf certains cas bien définis, il est rare que le décès d'une femme puisse entraîner une diminution de revenu pour les siens. Si la femme n'est pas commerçante ou employée, si elle n'a pas une fortune dotale,

il est naturel de tenir en suspicion sa proposition d'assurance, d'autant plus que, pour elle, l'examen médical n'est jamais complet, en raison des réserves que les convenances imposent au médecin (1).

L'assureur doit encore se montrer plus sévère au sujet des femmes enceintes ; de celles, surtout, qui le sont pour la première fois ou qui ont eu des délivrances difficiles.

Nous pouvons certifier que le tiers, sinon la moitié, des femmes mariées qui se présentent à l'assurance sont en état de grossesse. C'est une preuve que les femmes enceintes, d'elles-mêmes ou poussées par leurs maris, ne sont souvent conduites à l'assurance que par la crainte des dangers particuliers à leur état. Du reste, il faut l'avouer, si les intéressés ne pensaient pas à cet acte de prévoyance au moment où il est le plus nécessaire, les agents d'assurances prendraient l'initiative de le leur indiquer.

Il doit même arriver que le médecin de la famille, sans le vouloir, suggère lui-même l'idée de l'opération, en faisant part de ses craintes sur l'issue de l'accouchement.

(1) 6 o/o des décès de femmes proviennent de maladies des seins ou de l'utérus, L. Massé (Moniteur des Ass^{es}, fév. 87).

Les Compagnies ont, du reste, un bon moyen de se convaincre des véritables préoccupations du mari qui désire assurer sa femme en état de grossesse.

Elles n'ont qu'à offrir un contrat contenant exclusion des risques de l'accouchement. Presque toujours, elles verront le mari retirer sa proposition.

Les Compagnies font donc très bien de se tenir en garde contre la spéculation qui peut se glisser dans les propositions d'assurances sur la vie des femmes enceintes.

Plusieurs Compagnies n'acceptent jamais les femmes enceintes pour la première fois, ni celles qui l'ayant déjà été, ont dépassé le 7e mois de grossesse (1).

Passé 30 ans, après de premières couches heureuses et dans de parfaites conditions de moralité, l'assurance d'une femme vaudrait mieux que celle d'un homme.

La durée de la vie est plus longue chez les individus mariés que chez les célibataires.

Nous n'entrerons pas ici dans des considérations d'ordre moral et de bien-être matériel

(1) La Compagnie autrichienne l'*Azienda* exige une surprime unique de 1/2 o/o du capital pour les femmes qui n'ont pas encore eu d'enfant.

qui viendront naturellement à l'esprit du lecteur. Ce serait ouvrir une banale et inutile dissertation sur deux états sociaux dont les adversaires et les partisans restent insensibles aux meilleurs arguments.

Nous ne pouvons cependant nous empêcher de signaler la fine observation de Herbert Spincer, le philosophe anglais. Il prétend, dans ses études sur la sociologie, que les moralistes ont confondu l'effet avec la cause, en dissertant sur la mortalité comparée des célibataires et des personnes mariées. Au lieu d'attribuer la longévité de ces dernières à leur état même et à leur genre de vie, il pense qu'elle est simplement la conséquence, de la loi générale de sélection qui préside à l'accouplement des êtres destinés à reproduire l'espèce.

Il est vrai que l'homme civilisé suit cette loi moins régulièrement que les animaux, mais il y est encore soumis plus qu'on ne le croit généralement.

Ce sont les individus les mieux constitués qui ont la plus forte tendance pour le mariage et leur choix se porte, sauf les exceptions produites par la cupidité et l'ambition, sur un mari ou sur une épouse paraissant

réunir toutes les conditions de formes et de vitalité particulières à son sexe.

Nous pensons que cette explication ne détruit pas complètement celle des moralistes.

La sélection et les effets de la vie commune peuvent agir en même temps pour assurer une durée de vie plus grande aux personnes mariées.

Les chiffres seront plus décisifs et, en tous cas, moins discutables que les théories.

Odier a trouvé les résultats suivants (1761 à 1813).

	DURÉE MOYENNE DE LA VIE		
	CHEZ LES FEMMES MARIÉES.	CHEZ LES FILLES.	DIFFÉRENCE.
A 20 ans	40.33 ans	30.62 ans	— 9.71 ans
25 »	36.04 »	30.51 »	— 5.53 »
30 »	32.38 »	28.86 »	— 3.52 »
35 »	28.86 »	26.28 »	— 2.58 »
40 »	25.54 »	23.38 »	— 2.16 »
50 »	18.85 »	17.56 »	— 1.29 »
60 »	13.02 »	12.53 »	— 0.49 »
70 »	8.77 »	8.86 »	+ 0.09 »
80 »	6.15 »	5.82 »	— 0.33 »
90 »	4.04 »	5.27 »	+ 1.23 »

Casper, en opérant sur les listes de Deparcieux, a composé les deux tableaux ci-après de décès et de survivances.

Il meurt, sur 100 personnes de chaque catégorie :

	HOMMES		FEMMES	
	GARÇONS.	MARIÉS.	FILLES.	MARIÉES.
De 20 à 30 ans	31.3	2.8	28.0	7.7
30 » 45 —	27.4	18.9	19.3	20.3
45 » 60 —	18.7	30.2	15.5	22.6
60 » 70 —	11.5	20.9	13.5	20.2
70 » 80 —	7.5	18.2	14.9	18.5
80 » 90 —	3.0	7.8	7.8	8.6
90 » 100 —	0.5	0.9	0.9	1.6

Il vit :

	HOMMES			FEMMES		
JUSQU'À	GARÇONS.	MARIÉS.	PLUS	FILLES.	MARIÉES.	PLUS
30 ans	68.7	97.2	28.5	72.0	92.3	20.3
45 »	41.3	78.3	37.0	52.7	72.0	19.3
60 »	22.6	48.1	25.5	37.2	49.4	12.2
70 »	11.1	27.2	16.1	23.7	29.2	5.5
80 »	3.6	9.0	5.4	8.8	10.7	1.9
90 »	0.6	1.2	0.6	1.0	2.1	1.1
100 »	0.1	0.3	0.2	0.1	0.5	0.4

Biches est arrivé aux mêmes résultats avec ses tables de décès d'Amsterdam (1814 à 1826).

La mortalité est plus forte chez les pauvres que chez les riches.

Tous les auteurs qui se sont occupés de la question de la longévité sont d'accord sur ce point. Le docteur Villermé l'a fait ressortir d'une façon aussi triste que saisissante, en rapprochant les mortalités des divers quartiers de Paris de l'aisance ou de la misère de leurs habitants.

La profession exerce une grande influence sur la durée de la vie.

La mortalité se manifeste suivant les professions dans un ordre qui n'est pas encore bien défini, mais en tête duquel se trouvent les ecclésiastiques et les savants, les cultivateurs et les négociants aisés, et qui se termine par les médecins et certaines catégories d'ouvriers.

En 1803, à Weimar, le surintendant Schroter avait essayé de comparer les professions au point de vue de la mortalité. Il avait recueilli 405 observations d'individus ayant dépassé 80 ans, et les avait classés ainsi :

87	Paysans,
71	Artisans,
55	Bourgeois,
33	Prêtres ou princes de l'Église,
23	Légistes,
26	Philosophes ou Auteurs,
21	Officiers,
12	Soldats,
12	Grands fonctionnaires,
11	Négociants,
10	Economes,
8	Manœuvres,
6	Chirurgiens,
6	Fossoyeurs,
6	Médecins,
4	Jardiniers,
3	Peintres,
3	Bergers,
2	Apothicaires,
2	Nourrices,
2	Matelots,
2	Musiciens.
405	

Casper, ayant recherché combien de personnes sur cent, dans quelques professions, avaient dépassé 70 ans, est arrivé aux chiffres ci-dessous.

Théologiens,	42 0/0
Agriculteurs,	40
Employés divers,	33
Avocats,	29
Médecins,	24

Ces relevés de septuagénaires ou d'octogénaires n'ont pas grande importance pour l'évalution de la durée normale de l'existence dans les professions visées. Ils indiquent seulement dans quelles proportions elles sont privilégiées aux derniers âges de la vie.

Après de nombreuses recherches, Casper a fixé la durée moyenne de l'existence pour plusieurs catégories d'individus, suivant la liste suivante :

Théologiens,	65	années,	1
Négociants,	62	—	4
Employés,	61	—	7
Agriculteurs,	61	—	5
Militaires,	59	—	6
Avocats,	58	—	9
Artistes,	57	—	3
Professeurs,	56	—	9
Médecins.	56	—	9

Il est à remarquer que ces chiffres pivotent autour de 60 ans, terme de la vie moyenne, suivant Deparcieux, pour un individu considéré à l'âge de 20 ans.

Le docteur H-C. Lombard a fait de patientes études de statistique sur les rôles de l'état

civil de Genève. Il a relevé l'âge et la profession de 8,488 hommes, âgés de plus de 16 ans, inscrits sur les registres mortuaires de 1796 à 1830, et a trouvé qu'ils avaient vécu en moyenne 55 ans. Il les a, de plus, divisés par professions, en cherchant la moyenne d'âge pour chaque groupe.

Depuis près d'un siècle, les mœurs, la manière de vivre, l'outillage et les habitudes se sont modifiés pour la plupart de ces professions, nous croyons donc inutile de les énumérer toutes; nous nous bornerons à citer celles qui ont le privilège des moyennes les plus élevées et celles qui terminent la nomenclature avec les plus faibles.

Magistrats.	69.1
Rentiers	65.8
Ecclésiastiques protestants . .	63.8
Anciens officiers	63.6
Négociants	62.0
Boulangers	49.8
Serruriers	47.2
Peintres-vernisseurs	44.3

Nous donnerons encore le tableau de la moyenne de vie en Angleterre pour différentes

professions, d'après Radcliffe (Il est spécial aux classes laborieuses). (1)

Jardiniers laboureurs. . . .	47.80
Charpentiers-Menuisiers . .	46.86
Domestiques	43.75
Bouchers.	43.16
Cordonniers.	42.36
Tailleurs.	40.68
Filateurs.	39.98
Mineurs	39.41
Imprimeurs	30.20
Employés, Maîtres d'école . .	36.38

Le classement ci-après est plus intéressant. Il est moderne, il est extrait des derniers rap-

(1) L'*Azienda* impose une majoration de Tarif aux assurés de certaines professions :

Fabricants d'outils et de limes. . .	25 o/o
Employés de chemins de fer, voyageant dans les trains et sur les locomotives.	20 »
Fabricants d'aiguilles	—
Mineurs	—
Chimistes et Droguistes	15 »
Chapeliers	—
Cochers.	—
Polisseurs de Métaux	—
Teinturiers	10 »
Hôteliers	—
Tailleurs	—
Cordonniers (jusqu'à 45 ans) . . .	—
Vétérinaires et Maréchaux-ferrants.	—
Relieurs	5 »
Imprimeurs.	—
Meuniers	—

ports du Registrar Général de Londres et a pour base le nombre des décès d'une année sur 1,000 individus de chaque profession, âgés de 45 à 55 ans.

Fermiers,	12	décès
Cordonniers,	15	—
Tisserands,	15	—
Epiciers-Droguistes,	16	—
Forgerons,	17	—
Charpentiers,	»	—
Tailleurs,	»	—
Journaliers,	»	—
Mineurs,	20	—
Boulangers,	21	—
Bouchers,	23	—
Hôteliers,	28	—

Par hôteliers, il faut entendre les traiteurs, aubergistes, cabaretiers, etc.

Dans tous les pays, cette nombreuse catégorie occasionne des pertes imprévues aux assureurs.

La Scottich amicable Society a constaté parmi ses débitants de boissons, ses assurés, un excédant de mortalité de 50 o/o. En France, tout en les considérant aussi comme des risques dangereux, nous avons la faiblesse de les assurer alors que nous refusons les mineurs. Nous oublions trop facilement que

l'alcool fait plus de victimes que le grisou.

Pour achever cette étude abrégée sur la longévité, il ne nous reste plus qu'à mettre sous les yeux du lecteur un tableau aussi complet que possible de la vie moyenne dans les divers États de l'Europe,—tout en reconnaissant son peu d'utilité au point de vue de l'assurance.

Dans quelques pays, la vie moyenne à la naissance est sensiblement modifiée par la mortalité des premiers âges. En Espagne, par exemple, où la vie moyenne n'est que de 25 années, la moitié d'une génération a disparu avant la septième année. La natalité y est très grande, aussi les décès précoces y confirment la loi d'équilibre découverte par Casper, loi qui proportionne la mortalité d'un pays au nombre des naissances. Partout — la mort frappe en raison de la fécondité.

VIE MOYENNE DANS DIVERS ÉTATS :

France . .	41 années	» mois	Price.	de nos jours
	40 »	2 »	Bertillon.	»
	39 »	8 »	Deparcieux.	1746 (têtes choisies)
	39 »	»	Cies françaises.	1878.
	36 »	6 »	Bernouilli.	1840.
	35 »	8 »	Casper.	1817 à 1821
	35 »	6 »	Legoyt.	
	33 »	8 »	Demonferrand	1814 à 1831
	28 »	9 »	Duvillard.	1789.

Angleterre	38 années	5 mois	Casper.	
	38 »	»	Bernouilli.	1840.
	35 »	»	Hain.	1849.
	33 »	»	Rickmann.	
Schleswig-	39 »	8 »	Hain.	1840 à 1849
Holstein .	34 »	7 »	Bernouilli.	1840.
Danemark	37 »	6 »	Hain.	1845 à 1849
Hanovre .	36 »	8 »	Hain.	1833 à 1843
	35 »	4 »	Bernouilli.	1840.
Belgique .	36 »	5 »	Casper.	
	32 »	1 »	Quételet.	1870.
Suisse . .	34 »	6 »	Casper.	
Bavière. .	34 »	»	Hain.	1840 à 1844
Hollande.	34 »	»	Bernouilli.	1840.
Duché de	32 »	9 »	Bernouilli.	1840.
Bade . . .	32 »	9 »	Quételet.	
Prusse . .	30 »	3 »	Bernouilli.	
	29 »	4 »	Casper.	
	28 »	2 »	Hain.	1849.
Wurtemberg	30 »	»	Bernouilli.	
La Saxe. .	29 »	»	Bernouilli.	
Naples . .	31 »	7 »	Bernouilli.	
Espagne .	25 »	»	Sorribas.	1860.
Russie . .	21 »	3 »	Casper.	

Nous ne parlerons pas ici des centenaires. Nous pourrions en citer un très grand nombre et donner une longue liste de tous les personnages connus qui sont arrivés à un âge élevé.

Les exemples de longévité extraordinaire ont été relevés avec soin de tout temps et par tous les peuples. Les contemporains se sont plus à tenir note des faits saillants de la vie des vieillards célèbres, car ils y trouvaient pour eux-mêmes un gage, ou du moins une espérance de longue vie.

Mais ce sujet, si intéressant qu'il soit, n'a qu'un rapport fort éloigné avec le nôtre.

L'assureur sur la vie ne doit pas se laisser séduire par des exceptions qui ne peuvent avoir aucune influence pratique sur les résultats de ses opérations. En fait de macrobiotique, il lui suffira de savoir que tous les centenaires ont vécu sagement et confortablement.

De son côté, le médecin d'assurances fera bien de ne pas l'oublier. Il aura soin, dans son diagnostic, de tenir compte des renseignements qu'il pourrait recueillir sur la moralité et les conditions hygiéniques du proposant.

ANALYSE DES URINES

Le Conseil médical de la *Société générale Néerlandaise d'assurances sur la vie et de rentes viagères* d'Amsterdam a adressé la circulaire suivante aux médecins de ladite compagnie, à la date du mois d'avril 1884.

« Monsieur et très honoré Confrère,

« Les questions concernant l'examen médi-
« cal, qui ont rapport à l'urine, ayant donné
« lieu quelquefois à des difficultés, nous
« croyons utile d'expliquer en peu de mots
« en quel sens l'administration désire qu'il y
« y soit répondu.

« Nous croyons de cette manière faciliter
« de beaucoup la tâche des médecins ; car
« nous avons vu souvent, qu'un médecin

« croyait nécessaire de faire un examen plus « compliqué et par conséquent plus coûteux « que nous ne le demandons. Nous ne de- « mandons pas le dosage, pas l'analyse « quantitative. Dans l'intérêt de la Société, « il suffit de constater la présence ou l'ab- « sence d'albumine et de sucre dans les uri- « nes. Cet examen très simple, nous ne le « croyons jamais superflu, car il n'y a pas « d'autre moyen pour se convaincre qu'il « n'existe pas de commencement de maladies « adhérentes.

« Des différents procédés qui existent pour « atteindre ce but, nous ferons suivre ici ceux « qui, d'après nous, sont les plus simples et « en même temps les plus sûrs.

« *Demande a. Quel est le poids spécifi- « que de l'urine?*

« Pour constater la densité de l'urine, il « suffit d'y plonger un urinomètre, espèce « d'aréomètre, qui ne coûte pas plus de « 3 fs. —.

« Un poids spécifique très élevé p. e. au- « dessus de 1,030 degrés donne déjà lieu à « soupçonner la présence du sucre.

« *Demande b. L'urine contient-elle de « l'albumine ou du sucre?*

« 1°. *l'Abumine.*

« Procédé par *l'acide métaphosphorique.*

« On met dans une éprouvette quelques « grammes d'acide méthaphosphorique et « quelques gouttes d'eau, puis, quand la dis- « solution est términée, on ajoute l'urine. S'il « se produit un trouble, on peut affirmer qu'il « y a de l'albumine dans l'urine.

« Ce procédé est excellent, puisqu'il peut « être employé partout, chez soi et dans les « visites en ville.

« Un autre procédé que nous pouvons « recommander également est celui par *l'A-* « *cide acétique et le chlorure de soude.*

« Ajoutez à une quantité d'urine, la même « quantité d'une solution concentrée de chlo- « rure de soude et quelques gouttes d'acide « acétique, jusqu'à réaction acide. Chauffez « jusqu'à ébullition. Si l'urine contient de « l'albumine, celle-ci sera précipitée.

« Ce procédé est recommandable, puis- « qu'on peut à tout moment se procurer les in- « grédients nécessaires.

« 2°. *Le Sucre.*

« Procédé par la *Potasse caustique.*

« On verse dans une éprouvette quelques « grammes d'urine (5 à 10 grs,) puis on y

« ajoute 1 à 2 centimètres cubes d'une forte
« solution de potasse caustique. On porte à
« l'ébullition. Si l'urine conserve après l'é-
« bullition la même couleur qu'auparavant,
« l'absence de sucre est prouvée. Si l'urine
« contient du sucre, elle prend par l'ébullition
« une couleur brune d'autant plus foncée
« qu'elle contient plus de sucre.

« D'autres matières contenues dans l'u-
« rine peuvent causer une altération de la
« couleur et induire en erreur.

« La preuve que l'urine contient du sucre
« est fournie :

« *a.* par *la réaction de Trommer.*

« Versez dans une éprouvette 1 gr. d'u-
« rine filtrée, 5 grs. d'eau, 10 gouttes d'une
« solution concentrée de soude ou de potasse
« caustique, enfin, goutte à goutte, de la so-
« lution de sulfate de cuivre, au vingtième,
« tant que l'oxyde de cuivre hydraté se ré-
« dissout par l'agitation. Chauffez jusqu'à
« 90° C. environ. En présence de glycose, il
« y a réduction d'oxyde de cuivre hydraté
« (dépôt rouge).

« *b.* ou par le procédé avec *l'oxyde de bis-*
« *muth.*

« A 5 grammes d'urine ajoutez à peu près

« 5 centigrammes de sous-azotate de bis-
« muth, puis 5 à 10 gouttes d'une solution
« concentrée de potasse caustique. Faites
« bouillir pendant plusieurs minutes. S'il y
« a du sucre, il y aura réduction de l'oxyde
« de bismuth, qui sera précipité par l'alcali,
« à l'état de bismuth métallique noir pulvé-
« rulent.

« Nous laissons Messieurs les médecins
« entièrement libres d'employer le procédé
« qu'ils croyent le plus efficace ou auquel
« ils sont habitués.

« En employant les procédés que nous
« avons indiqués, il est clair qu'il ne faut
« pas plus de cinq minutes pour faire tout
« l'examen comme il est demandé.

« Agréez, etc. »

Pour compléter nos renseignements scientifiques et administratifs sur le chapitre des urines, nous ajouterons encore la note suivante tirée de notre propre expérience.

La pratique des assurances nous a révélé

une des principales difficultés de l'analyse des urines et nous a amenés à chercher le moyen d'éviter une erreur qui doit se produire assez souvent.

Dernièrement, un chimiste de profession s'était fait examiner en province par un de nos meilleurs médecins. A sa grande stupéfaction, il apprend du médecin lui-même qu'il va être refusé comme albuminurique. Le même jour, il arrive à Paris et demande à la Compagnie une consultation de trois docteurs, à ses frais. Il est accepté à l'unanimité. — Point d'albumine.

Ce fait, inadmissible à première vue, nous démontrait la possibilité d'une fausse appréciation dans une expérience, dont jusqu'alors la matérialité nous avait paru un gage absolu de sécurité.

Nous en avons demandé l'explication à un pharmacien de Paris, M. Chevrier, spécialiste pour les analyses d'urines. Voici sa réponse :

« Vous m'avez demandé quel était le « caractère distinctif de l'albumine dans l'u- « rine ; voici à quels signes on peut recon- « naître la présence de ce corps.

« L'urine *acidulée par l'acide acétique* est
« portée à l'ébullition ; s'il y a un précipité,
« il est dû à l'albumine ; s'il n'y a qu'un sim-
« ple louche, à de la mucine qu'on peut pré-
« cipiter par l'alcool.

« Si l'on s'était contenté de faire bouillir
« l'urine sans l'aciduler, on pourrait avoir
« un précipité, mais celui-là serait dû à des
« carbonates, sulfates et phosphates de chaux ;
« ces corps rentrent en dissolution quand on
« ajoute quelques gouttes d'acide acétique
« tandis que l'albumine, dans les mêmes con-
« ditions, reste insoluble.

« Il est toujours bon de mettre dans le
« fond d'un tube bouché quelques centimè-
« tres cubes d'acide azotique et d'ajouter à la
« surface au moyen d'un tube effilé quelques
« centimètres cubes d'urine *claire*. Si, à la
« surface de séparation des deux liquides, il
« se forme un louche et que l'urine acidulée
« acétique et portée à l'ébullition ait donné
« un précipité, on peut affirmer la présence
« de l'albumine. »

Il est donc essentiel d'aciduler le liquide afin de ne pas s'exposer à prendre divers produits pour de l'albumine.

VIE MOYENNE A CHAQUE AGE, D'APRÈS LES TABLES DE MORTALITÉ CI-DESSOUS

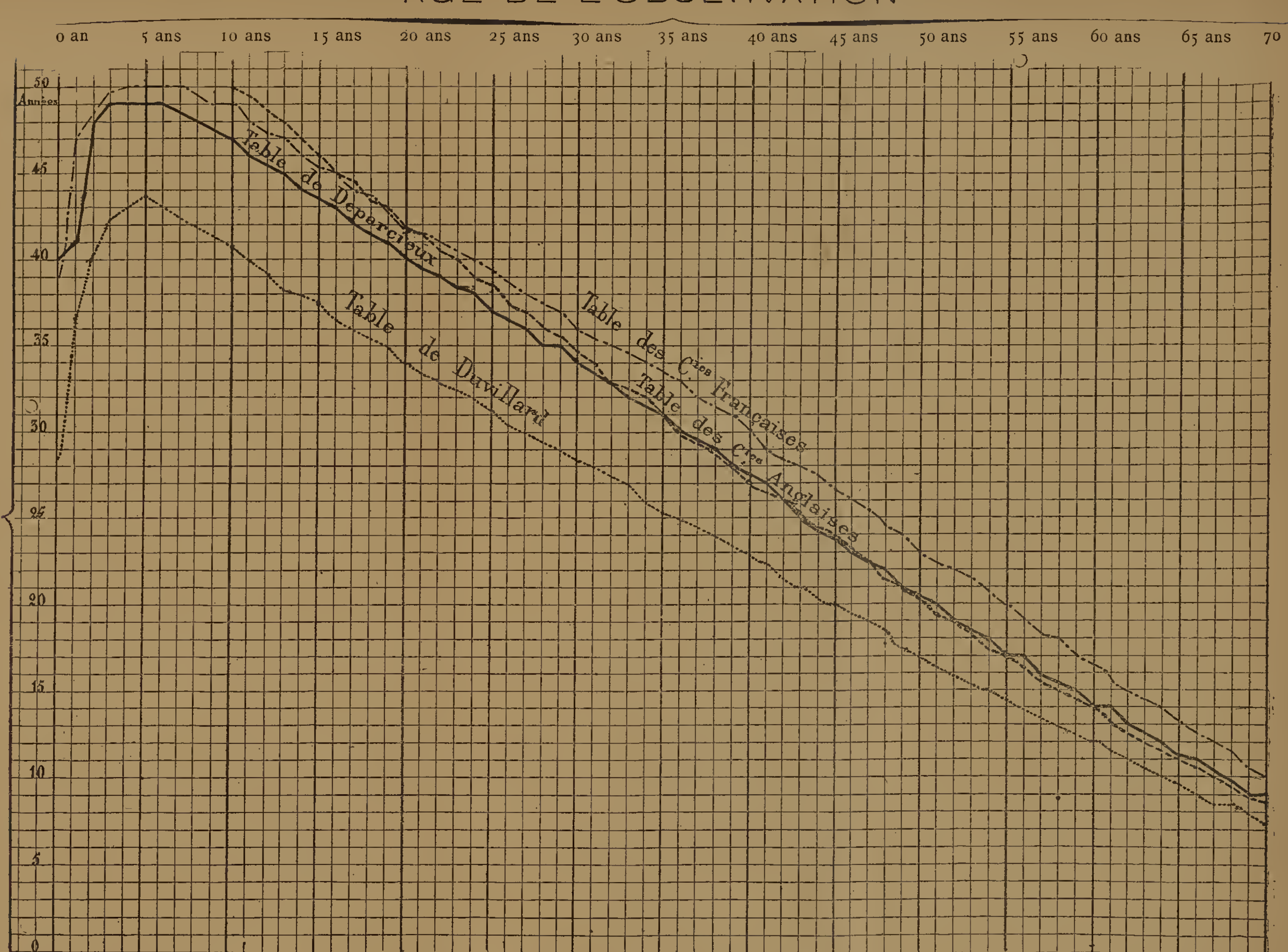
AGES	TABLE de Deparcieux (1746)	TABLE de Duvillard (1806)	TABLE des Cies anglaises (1869)	TABLE des Cies françaises (1878)
0 ans	39 ans 8	28 ans 1/2		39 ans »
1	46 4	36 1/2		47
2	48 4	40 1/2		48 1/2
3	49 1	42 1/2		49 1/2
4	49 4	43		50
5	49 2	43 1/2		50
6	48 10	43		50
7	48 5	42 1/2		50
8	48 »	42		49 1/2
9	47 5	41 1/2		49
10	46 11	41	50 ans »	49
11	46 3	40	49 1/2	48
12	45 7	39 1/2	48 1/2	47 1/2
13	44 11	38 1/2	48	47
14	44 2	38	47	46
15	43 6	37 1/2	46	45 1/2
16	42 10	36 1/2	45	45
17	42 2	36	44 1/2	44
18	41 6	35 1/2	43 1/2	43 1/2
19	40 10	35	43	43
20	40 3	34	42	42 1/2
21	39 7	33 1/2	41 1/2	41 1/2
22	39 »	33	40 1/2	41
23	38 5	32 1/1	40	40 1/2
24	37 9	32	39	40
25	37 2	31 1/2	38 1/2	39 1/2
26	36 7	30 1/2	37 1/2	38 1/2
27	35 11	30	37	38
28	35 4	29 1/2	36	37 1/2
29	34 8	29	35 1/2	37
30	34 1	28 1/2	34 1/2	36
31	33 5	28	34	35 1/2
32	32 9	27 1/2	33	35
33	32 2	27	32 1/2	34 1/2
34	31 6	26	32	34
35	30 11	25 1/2	31	33 1/2
36	30 3	25	30	33
37	29 7	24 1/2	29 1/2	32
38	28 11	24	29	31 1/2
39	28 2	23 1/2	28	31
40	27 6	23	27	30
41	26 9	22 1/2	26 1/2	29
42	26 1	21 1/2	26	28 1/2
43	25 4	21	25	28
44	24 7	20 1/2	24 1/2	27 1/2
45	23 11	20	24	26 1/2
46	23 2	19 1/2	23	26
47	22 5	19	22 1/2	25 1/2
48	21 9	18 1/2	21 1/2	24 1/2
49	21 1	17 1/2	21	24
50	20 5	17	20 1/2	23
51	19 9	16 1/2	19 1/2	22 1/2
52	19 1	16	19	22
53	18 6	15 1/2	18 1/2	21 1/2
54	17 10	15	17 1/2	20 1/2

AGES	TABLE de Deparcieux (1744)	TABLE de Duvillard (1806)	TABLE des Cies anglaises (1869)	TABLE des Cies françaises (1878)
55	17 ans 3	14 ans 1/2	17 ans »	20 ans »
56	16 8	14	16 1/2	19
57	16	13 1/2	15 1/2	18 1/2
58	15 5	13	15	18
59	14 10	12 1/2	14 1/2	17
60	14 3	12	14	16 1/2
61	13 8	11 1/2	13	15 1/2
62	13	11	12 1/2	15
63	12 5	10 1/2	12	14 1/2
64	11 10	10	11 1/2	14
65	11 3	9 1/2	11	13
66	10 8	9	10 1/2	12 1/2
67	10 2	8 1/2	10	12
68	9 7	8 1/2	9 1/2	11 1/2
69	9 1	8	9	10 1/2
70	8 8	7 1/2	8 1/2	10
71	8 2	7	8	9 1/2
72	7 9	7	7 1/2	9
73	7 4	6 1/2	7	8 1/2
74	6 11	6	6 1/2	8
75	6 6	6	6 1/2	8
76	6 1	5 1/2	6	7 1/2
77	5 9	5 1/2	5 1/2	7
78	5 4	5	5 1/2	6 1/2
79	5	5	5	6
80	4 8	4 1/2	4 1/2	5 1/2
81	4 5	4 1/2	4 1/2	5 1/2
82	4 1	4	4	5
83	3 10	4	4	5
84	3 6	4	3 1/2	4 1/2
85	3 2	4	3 1/2	4 1/2
86	2 11	4	3	4
87	2 8	4 1/2	3	4
88	2 4	4 1/2	3	3 1/2
89	2 1	4	2 1/2	3 1/2
90	1 9	4	2 1/2	3 1/2
91	1 6	3 1/2	2	3
92	1 3	3 1/2	2	3
93	1	3 1/2	1 1/2	3
94	0 6	3	1	2 1/2
95		3	1	2 1/2
96		2 1/2	0 1/2	2
97		2 1/2	0 1/2	2
98		2 1/2		1 1/2
99		2 1/2		1
100		2		
101		2		
102		2		
103		1 1/2		
104		1 1/2		
105		1 1/2		
106		1 1/2		
107		1 1/2		
108		1		
109		1 1/2		

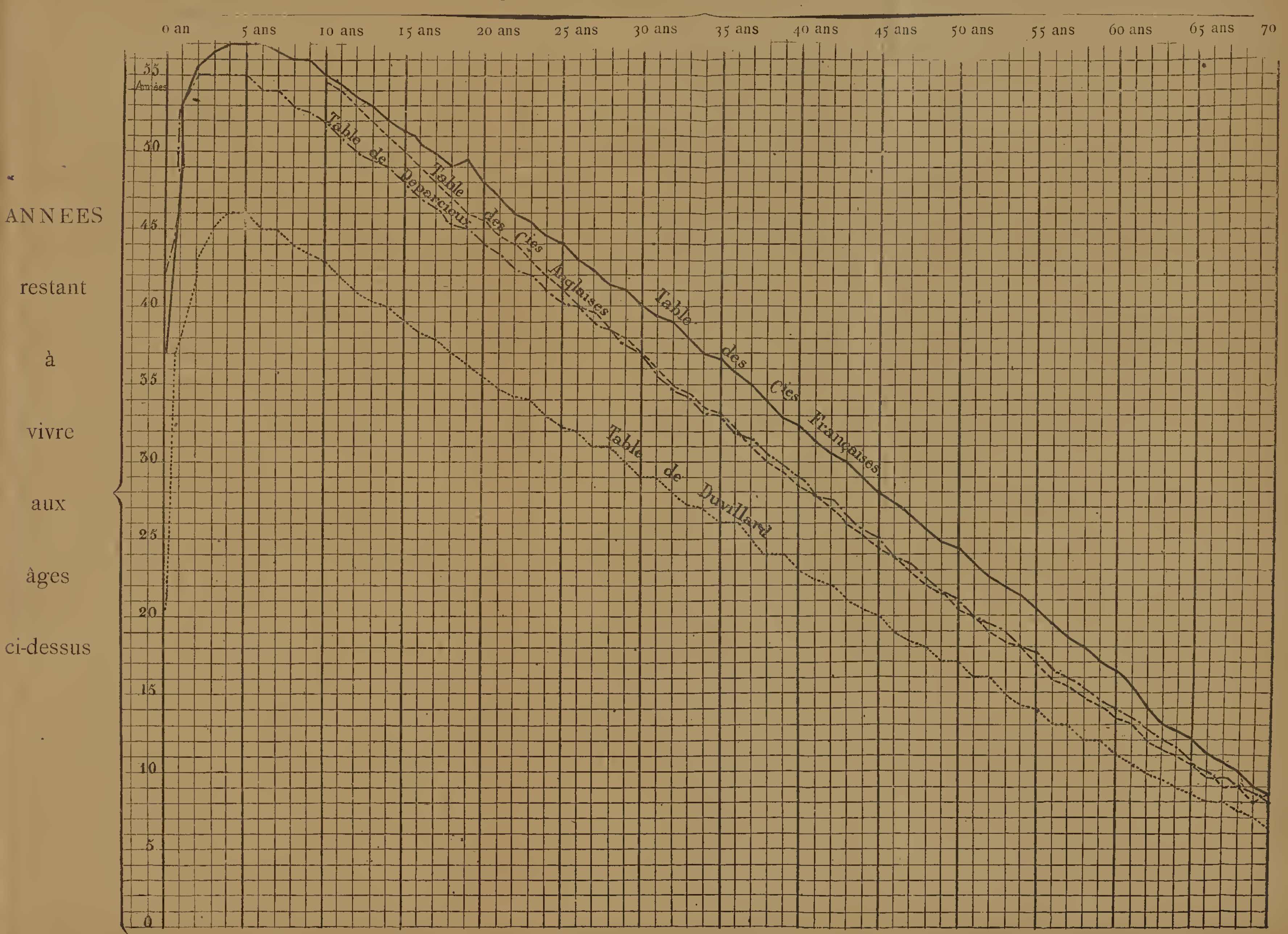
VIE PROBABLE A CHAQUE AGE, D'APRÈS LES TABLES DE MORTALITÉ CI-DESSOUS

AGES	TABLE de Deparcieux (1746)	TABLE de Duvillard (1800)	TABLE des Cies anglaises (1869)	TABLE des Cies françaises (1878)
0 ans	42 ans »	20 ans 1/2		37 ans »
1	53	37		53
2	55	43		55 1/2
3	55 1/2	45		56 1/2
4	55	46 1/2		57
5	55	46		57
6	54 1/2	45 1/2		57
7	53 1/2	45		56 1/2
8	53	44		56
9	52 1/2	43 1/2		56
10	52	43	54 ans 1/2	55
11	51	42	54	54 1/2
12	50	41	53	53 1/2
13	49 1/2	40 1/2	52	53
14	49	40	51	52
15	48	39	50	51 1/2
16	47	38 1/2	49	50 1/2
17	46 1/2	38	48	50
18	45 1/2	37	47	49
19	45	36 1/2	46	49 1/2
20	44	35 1/2	45 1/2	48
21	43 1/2	35	44 1/2	47
22	42 1/2	34 1/2	44	46
23	42	34	43	45 1/2
24	41	33	42	44 1/2
25	40 1/2	32 1/2	41	44
26	40	32	40	43
27	39	31	39 1/2	42 1/2
28	38 1/2	31	38 1/2	41 1/2
29	37 1/2	30	38	41
30	37	29	37	40
31	36	29	36	39 1/2
32	35	28	35	39
33	34 1/2	27 1/2	34 1/2	38
34	33 1/2	27	33 1/2	37
35	33	26	33	36 1/2
36	32	26	32	35 1/5
37	31 1/2	25	31	35
38	30 1/2	24	30	34
39	30	24	29 1/2	33
40	29	23	28 1/2	32 1/2
41	28	22 1/2	28	31 1/2
42	27 1/2	22	27	30 1/2
43	26 1/2	21	26	30
44	25 1/2	20 1/2	25 1/2	29
45	25	20	24 1/2	28
46	24	19	24	27 1/2
47	23 1/2	18 1/2	23	26 1/2
48	22 1/2	18	22	25 1/2
49	21 1/2	17	21 1/2	25
50	21	17	20 1/2	24 1/2
51	20	16	20	23 1/2
52	19 1/2	16	19	22 1/2
53	19	15	18 1/2	22
54	18	14 1/2	18	21 1/2
55	17 1/2	14	17	20 1/2
56 ans	16 ans 1/2	13 ans »	16 ans »	19 ans 1/2
57	16	13	15 1/2	18 1/2
58	15 1/2	12	15	18
59	14 1/2	12	14	17
60	14	11	13 1/2	16 1/2
61	13 1/2	10 1/2	13	15 1/2
62	12 1/2	10	12	15
63	12	9 1/2	11 1/2	14
64	11 1/2	9	11	13 1/2
65	10 1/2	8 1/2	10 1/2	13
66	10	8	10	12
67	9 1/2	8	9	11 1/2
68	9	7 1/2	9	11
69	8 1/2	7	8	10
70	8	6 1/2	8 1/2	9 1/2
71		6	7	9
72		6	6 1/2	8 1/2
73		5 1/2	6 1/2	8
74		5	6	7 1/2
75		5	5 1/2	7
76		4 1/2	5	6 1/2
77		4	5	6
78		4	4 1/2	6
79		4	4	5
80		3 1/2	4	5
81		3	3 1/2	4 1/2
82		3	3 1/2	4 1/2
83		3	3	4
84		3	3	4
85		3	3	3 1/2
86		3	2 1/2	3 1/2
87		3 1/2	2 1/2	3
88		3 1/2	2 1/2	3
89		3	2	3
90		3	2	3
91		3	2	3
92		3	1 1/2	3
93		2 1/2	1	2 1/2
94		2 1/2	1	2 1/2
95		2 1/2	1	2
96		2	0 1/2	2
97		2	0 1/2	2
98		2		1 1/2
99		2		1
100		1 1/2		0 1/2
101		1 1/2		
102		1 1/2		
103		1		
104		1		
105		1		
106		1		
107		1		
108		1		
109		0 1/2		

Vie moyenne à chaque âge, d'après les principales Tables de Mortalité



Vie probable à chaque âge, d'après les principales Tables de Mortalité



Maladies parasitaires

Elles ont pris depuis quelques années une extension si considérable qu'elles embrassent une grande partie de la pathologie interne. On découvre tous les jours des parasites microscopiques ou microbes pathogènes. Bientôt toutes les maladies aiguës, chroniques, constitutionnelles, seront leurs tributaires. — Ce n'est point de microbes qu'il sera question dans ce chapitre annexe. Nous voulons simplement dire quelques mots des *entozoaires*.

On désigne par là des êtres jouissant d'une vie propre, mais ne pouvant ni se nourrir ni se propager hors des corps vivants, souvent même hors des organes qui leur ont été assignés comme domicile. Les entozoaires du tube digestif sont les plus communs et les seuls qui offrent quelque intérêt au point de vue qui nous occupe. Et encore sera-t-il extrêmement rare qu'on en rencontre quelque cas chez les proposants. Nous n'en avons vu qu'un seul depuis dix ans.

I. — Les *ascarides lombricoïdes* ne vivent guère que dans l'intestin grêle ; on les observe fréquemment dans l'enfance, surtout entre 3 et 10 ans. — Les *oxyures vermiculaires* se

rencontrent, non-seulement chez les enfants, mais chez les jeunes gens et même chez les adultes. — Ces deux espèces d'entozoaires ne seraient point un motif de refus, à supposer que, par un hasard extraordinaire, on en constatât l'existence chez les proposants.

II. — Les entozoaires intestinaux *cestoïdes* sont les plus importants et constituent les *tœnias* ou *vers solitaires*. — Les tœnias qu'on rencontre habituellement chez l'homme se nomment : le *tœnia solium* ou *tœnia armé*, le *tœnia inerme* (mediocanellata) et le *botriocéphale* qui est extrêmement rare, comparé aux espèces précédentes. Le tœnia inerme est devenu 20 fois plus fréquent que le tœnia armé, depuis que l'usage de la viande crue s'est généralisé, car il a pour vers cysticerque le C. tennicollis qui vit chez le bœuf et le veau (Leuckart). Le tœnia solium est produit par le cysticerque du porc (C. Cellulosa) ; il devient de plus en plus rare, parce que la ladrerie chez le porc est recherchée avec soin. — Le botriocéphale a une origine peu connue. On le trouve surtout dans la Suisse occidentale, la Suède, la Russie, la Pologne, sur le littoral de la Baltique. Sa larve ciliée a été vue nageant librement dans les eaux de

quelques rivières, mais c'est l'usage de certains poissons dans l'alimentation et plus spécialement de la *ferra* du lac de Genève qui le produisent. On croit même avoir trouvé dans le saumon le vers vésiculaire du botriocéphale. — Le tœnia solium a été observé dans presque toutes les contrées du globe. Il est beaucoup plus commun en Algérie qu'en France. Sa terre classique, c'est l'Abyssinie. — Le tœnia inerme est devenu fréquent en Russie, en Allemagne, en Autriche, depuis que l'usage de la viande crue de bœuf et de veau, qui constitue le régime de Weisse, s'est répandu dans ces contrées.

Le médecin examinateur n'aura point à se préoccuper de l'espèce ni de la provenance du ver solitaire. Son existence ne lui sera révélée que par le récit du proposant. Si celui-ci raconte qu'il a eu autrefois le ver solitaire et qu'il en est guéri depuis longtemps, il n'y aura point à tenir compte d'un pareil antécédent. — S'il avoue qu'il en est encore atteint, on recherchera quels sont les désordres locaux ou généraux qu'il a produits et on se basera sur eux pour accepter ou pour refuser. Nous pensons que l'acceptation sera la règle. Peut être pourrait-on ajourner et atten-

dre que le tœnia eût été *complètement* expulsé; et, si l'on voulait être rigoureux, il faudrait exiger un certificat du médecin ordinaire attestant que, sous l'influence de vermifuges qu'il a administrés, la tête de cet helminthe a été expulsée; la guérison radicale n'est indubitable en effet qu'après l'expulsion *totale*.

La *Trichinose* qui est la plus grave des intoxications helminthiques constitue un état aigu incompatible avec une proposition d'assurance.

Les entozoaires vivant en dehors du tube digestif, tels que la *filiaire de Médine*, le *strongle géant* qu'on rencontre dans le rein, le spiroptère de l'homme, la *douve* du foie etc, sont si rares, que l'on n'a point à en tenir compte dans les assurances sur la vie.

Il n'en est pas ainsi des *helminthes vésiculeux* ou *hydatides* : cysticerques, échinocoques, acépholocystes. Mais les kystes et les tumeurs qu'ils produisent rentrent dans la catégorie des lésions qui doivent faire exclure formellement l'assurance, quand elles existent au moment de l'examen, et ne la faire accepter qu'avec réserve si les proposants s'en disent débarrassés, à moins qu'il n'y en ait plus aucune trace et qu'un long intervalle de temps n'en ait consacré la guérison.

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES

MATIÈRES

A

C

Conjoints.

Constitution.

D

E

F

I

J

K

L

M

Névropathies.

Neurasthénie.

Névralgies.

Névroses.

Nystagamus.

O

R

Relations.

Rhumatisme articulaire.

Chronique.

Rôle du médecin d'assurances.

S

U

TONNERRE. — IMPRIMERIE BAILLY.

